**中華民國諮商心理師公會全國聯合會公版諮商醫療轉介單**

112.5.20第五屆第六次理監事聯席會議通過  
112.6.21第五屆第七次常務理事會議通過

填寫日期：   年    月    日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 照會者簽章 | 機構/單位/職稱 | 聯絡電話 | E-mail |
|  |  |  |  |
| 當事人姓名 | 身份證字號 | 聯絡方式 | |
|  |  |  | |
| 性別 | 生日 | E-mail | |
|  |  |  | |
| 地址 |  | | |
| 照會需求與期待 |  | | |

轉介同意人：

-----------------------------------【醫囑照會回覆聯】-----------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受照會者簽章 | 機構/單位/職稱 | 聯絡電話 | E-mail |
|  |  |  |  |
| 病況摘要  （主、客觀） | 當事人於              年             月             日開始於本院/本所接受治療。 | | |
| 評估與診斷結果 | 當事人是否於本院/本所接受過心理衡鑑？  □無  □有，衡鑑名稱： | | |
| 目前處遇計畫  意見回覆 | □規則門診治療，穩定回診藥物治療。  □需住院治療。（聯絡資訊：          ）  □建議當事人持續與心理師定期會談。     　給心理師之建議：  □其他（請說明）： | | |

※本轉介單因涉及當事人重要個資，請務必謹慎留存。