

受理醫療院所				轉介單位			
基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月 日
	身分證字號			連絡電話	日：	夜：	
	住址						
	身障類別			等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
	首次發病	約_____歲		診 斷	<input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 雙極性疾病(躁鬱症)		
	近期發病時間				<input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 器質性精神病 <input type="checkbox"/> 人格異常 <input type="checkbox"/> 其他 _____		

壹、醫療狀況(請由精神專科醫師填寫)

精神 疾 病 史	*請協助圈選，並可複選。	
	一、臨床症狀：	
	<input type="checkbox"/> 幻覺：(聽/嗅/觸/視/味幻覺等)	
	<input type="checkbox"/> 妄想：(被迫害/關係/誇大/宗教性/身體性/其他_____)	
	<input type="checkbox"/> 暴力行為： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 目前有(語言/肢體/破壞行為)	
	<input type="checkbox"/> 自言自語 <input type="checkbox"/> 思考困難(無邏輯感/思考跳躍/迂迴/遲緩/其他_____)	
	<input type="checkbox"/> 注意力不集中 <input type="checkbox"/> 僵直 <input type="checkbox"/> 傻笑	
	<input type="checkbox"/> 意外問題 <input type="checkbox"/> 自殘 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____	
	二、精神症狀穩定程度：	
	<input type="checkbox"/> 穩定	
<input type="checkbox"/> 稍不穩定，但可控制		
<input type="checkbox"/> 有些不穩定，需旁人注意		
<input type="checkbox"/> 相當不穩定，需密切醫療觀察		
<input type="checkbox"/> 無法控制情緒，需立即醫療協助		
三、物質濫用：		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
<input type="checkbox"/> 過去有(酒精/藥品_____ /其他_____)		
<input type="checkbox"/> 目前有(酒精/藥品_____ /其他_____)		
四、其他生理疾病：_____		

醫療狀況

一、精神科就診狀況：

無      有：目前於\_\_\_\_\_醫院/診所\_\_\_\_\_科就診

規則\_\_\_\_週 1 次      不規則      其他\_\_\_\_\_

二、日間留院(daycare)：

未參加過      曾參加，共\_\_\_\_月      目前正於日間留院

三、復健治療：

未參加過      曾參加職能/精神治療，共\_\_\_\_月      目前參加職能/精神治療

四、是否曾於貴院進行職能評估：

否      是，最近一次於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日進行（請附件於后）

五、近二年之住院次數：

未曾住院      住院\_\_\_\_次（最近住院區間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日）

六、對藥物治療的態度：

可以自己保管藥物，並按時主動服藥

偶而忘記而自己能補服

須他人提醒(幫助)服藥

拒絕服藥

會自行調藥/停藥

服藥不規則

其他\_\_\_\_\_

服藥狀況（請附藥袋影本）

藥品(一)		用 途	
次數/劑量		副 作 用	
藥品(二)		用 途	
次數/劑量		副 作 用	
藥品(三)		用 途	
次數/劑量		副 作 用	
藥品(四)		用 途	
次數/劑量		副 作 用	
藥品(五)		用 途	
次數/劑量		副 作 用	

貳、整體性評估(請由職能治療師填寫)

職業功能

1. 工作適應：差 略差 尚可 佳 極佳
2. 工作表現：差 略差 尚可 佳 極佳
3. 工作持續度：差 略差 尚可 佳 極佳
4. 同事關係：差 略差 尚可 佳 極佳
5. 理解力：需再三指導 需稍加指導 不需指導
6. 技巧：拙劣 粗糙 稍慢不準確 尚可 快速準確
7. 整體工作能力評估：需在庇護下工作 能做極簡易之工作 能做簡易工作  
能做普通工作 能做複雜工作
8. 適宜工作方式：全職 半職
9. 面對壓力的反應：\_\_\_\_\_
10. 補充說明：\_\_\_\_\_

人際功能

1. 人際適應：差 略差 尚可 佳 極佳
2. 人際表現：差 略差 尚可 佳 極佳
3. 補充說明：\_\_\_\_\_
4. 行為特徵：  
內向 外向 主動 被動 悲觀 敏感 自我 順從 多慮 依賴 自卑  
退縮 自責 孤僻 寡言 誇大 批評 謹慎 衝動 情緒化 完美 自律  
多疑 緊張 固執 溫和 其他\_\_\_\_\_

生理功能

- 一、日常生活作息：正常 早睡早起 晚睡晚起 晚睡早起
- 二、獨立生活功能：獨立 部分獨立 依賴
- 三、通勤能力：完全獨立 他人接送 路程不熟悉，需訓練 其他
- 四、通勤交通工具：公共交通工具 身心障礙者專用交通工具 其他
- 五、工作動機：拒絕工作 多次鼓勵 稍需鼓勵 需加提醒 自動自發
- 六、可持續工作之耐力：一小時以內 一、二小時 二、三小時 三、四小時  
四小時以上
- 七、責任感：認真獨立 尚可 依賴他人 敷衍塞責
- 八、挫折忍受度：主動嘗試多次 主動嘗試 3 次以上 協助下嘗試 2、3 次 協助  
下嘗試 1 次 拒絕嘗試

九、粗細動作協調：極佳    佳    尚可    略差    差

十、依個案身心狀況避免哪種類型職種：

體力負荷量大

需長時間專注

高技術性

高認知功能

高人際互動

日夜顛倒

其他：\_\_\_\_\_

十一、其它心理或職能評量資料（包括：評量工具、日期及結果等）

**建議事項**

一、發病前可能的徵兆：  
\_\_\_\_\_

二、發病時緊急處理方式：  
建議就醫    提醒用藥    情緒支持    其他\_\_\_\_\_

三、其他：  
\_\_\_\_\_

連絡人	職 稱	姓 名	連 絡 電 話
	精神科醫生		
	職能治療師		

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

- 註：1.本諮詢單有效期限三個月。  
2.基本資料請事先由就服員或本人填寫。  
3.若有其他相關資料(如：藥袋或職能評估表等)，請附件於後。