

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

職業訓練及就業服務 醫療諮詢單

一、基本資料

姓名：_____ 性別： 男 女

身分證字號：_____ 出生日期：民國____年____月____日

持有身心障礙證明，障礙類別：_____

等級： 輕度 中度 重度 極重度

其他障礙狀況： 無 有 聽障 語障 肢障 視障 智障 其他_____

等級： 輕度 中度 重度 極重度

轉介單位名稱				轉介日期	年 月 日
各項填表人職稱	姓名	聯絡電話	手機	填表人簽章	
醫師					
護理師					
職能治療師					
心理師					
社工師					
就服員					
其他					
備註事項					

二、精神疾病史

首次發病：約_____歲

診斷： 思覺失調症 雙極性疾病（躁鬱症） 憂鬱症
 器質性精神病 人格異常 其他（請說明_____）

臨床症狀： 幻覺（聽/嗅/觸/視/味幻覺等）

（請協助圈選） 妄想（被迫害/關係/誇大/宗教性/身體性/其他_____）

自言自語 思考困難（無邏輯感/思考跳躍/迂迴/遲緩/其他_____）

（複選） 注意力不集中 僵直 傻笑 其他（_____）

暴力行為： 無 過去有 目前有（語言/肢體/破壞行為）

意外問題： 自殘 自殺

精神症狀穩定程度： 穩定 稍不穩定，但可控制 有些不穩定，需旁人注意

相當不穩定，需密切醫療觀察 無法控制情緒，需立即醫療協助

物質濫用：無 過去有（酒精/藥品 /其他 ）
目前有（酒精/藥品 /其他 ） 不詳
 殘餘症狀：_____

其他生理疾病：_____

三、精神醫療狀況

精神科門診：無
有，_____醫院/診所 首次門診 固定回診 不定期回診
規則_____週1次 不規則 其他_____

日間病房：未參加過 曾有參加，自 月 日至 月 日，共____月
目前正於日間病房，住院日期： 月 日

社區復健中心：未參加過 曾有參加，共____月 目前正於社區復健中心

康復之家：職能/復健治療未參加過 曾有參加，共____月 目前有參加職能/復健治療

對藥物治療態度：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
須提醒幫助服藥 拒絕服藥 會自行調藥/停藥 服藥不規則
其他_____（可複選）

目前服用之藥品及劑量：（請儘量提供）

藥品品項	劑量	服用次數
藥品品項	劑量	服用次數

藥物副作用：無 有，但不影響日常生活 有，且影響日常生活
 副作用表現：心血管系統：心跳快速 姿勢性低血壓 其他_____
腸胃道系統：噁心嘔吐 腹瀉 流口水 其他_____
中樞神經系統：疲倦思睡 頭昏頭痛 急性不自主運動及肌肉緊張異常
靜坐困難 類帕金森氏症 遲發性不自主運動 嗜睡
注意力不集中 失眠 其他_____
內分泌系統：體重增加 青春痘 乳溢或月經不規則 其他
自主神經系統：便秘 口乾 視覺模糊 排尿困難 性功能障礙
過敏反應：顆粒性白血球缺乏 感光過敏或皮膚起疹子 皮膚乾癢
黃膽 其他

是否須定期檢驗：否
是：血糖 血球 心電圖 其他

四、其他心理-智能-性向-社會功能評量資料

(參考可使用:褚氏注意力及手部靈巧度測驗、褚氏日常生活評量表,或已施測之其他評量工具)

評量工具	評量日期	評量結果簡述(建議)	評量者簽名

五、社會功能

項目	評估結果簡述或建議
發病前後性格特徵	發病前: <input type="checkbox"/> 外向 <input type="checkbox"/> 內向 <input type="checkbox"/> 其他: 發病後: <input type="checkbox"/> 較悲觀 <input type="checkbox"/> 較沈默 <input type="checkbox"/> 易緊張 <input type="checkbox"/> 其他:
人際關係	
情緒表達	<input type="checkbox"/> 少表達 <input type="checkbox"/> 無法表達 <input type="checkbox"/> 與較熟悉的人較能表達 <input type="checkbox"/> 其他:
生活自理能力 (交通、金錢管理、衛生習慣)	
面對壓力反應之應對模式	<input type="checkbox"/> 可與家人朋友、護理師、醫師討論 <input type="checkbox"/> 摔東西、哭泣 <input type="checkbox"/> 忍耐 <input type="checkbox"/> 退縮 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 其他:(請加文字描述)

六、職業工作能力評估概要

1. 工作能力分項評估	正常	尚可	差	很差	極差	不詳	備註說明 特殊註記
	常人標準	約 70%	約 50%	約 30%	<30%	未能檢測	
(1)手眼協調	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(2)體能耐	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(3)理解能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(4)操控能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(5)遵從能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(6)互動合作	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(7)持續度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	

1. 工作能力分項評估	正常	尚可	差	很差	極差	不詳	備註說明 特殊註記
	常人標準	約 70%	約 50%	約 30%	<30%	未能檢測	
(8) 注意力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(9) 問題解決能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
2. 綜合評估	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	

七、發病前兆及應變處理方式：

發病前兆	應變處理方式

八、轉介機構對案主接受中心職業訓練之期待（轉介原由、希望參訓職類）：

(一) 轉介原由：

(二) 希望參訓職類：

九、轉介機構對案主追蹤輔導方式：

-

十、評估與建議：

-

十一、本表指定窗口：(首次門診者免填)

職稱：_____ 姓名：_____ 電話：_____

行動電話：_____

十二、填表日期：____年____月____日

備註：

1. 惠請醫療團隊在考量個案參與職業訓練過程中無安全之虞情形下，協助轉介適訓之個案。
2. 本諮詢單有效期限三個月。
3. 請務必填寫其他心理-智能-性向-社會功能評量資料。
4. 醫療諮詢單、報名表及相關報名證件資料請由醫院寄至：
80752 高雄市三民區十全三路 101 號
高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心教務課收

電話：(07)3214033 轉 326、327、329

傳真：(07)3214066