附件18

高雄市高級中等教育階段兒童及青少年精神醫療機構診斷及處置摘要表

|  |
| --- |
| 姓名： 性別： 出生日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 |
| 最近看診日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 |
| ㄧ、醫療診斷： |
| 二、主要問題： |
| 三、病史及治療過程：  (一)初診日期  (二)最近二年就診頻率(每月次數及規律性)  (三)用藥療效 |

◎就診醫療機構名稱（請填寫）：

◎兒童及青少年精神科醫師簽名及蓋章： （請註明專科醫師證照號碼）

填寫日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

【附註】

1.因學生教育鑑定需求，本市教育局鑑輔會情緒行為障礙學生鑑定需考量學生醫療訊息，故煩請醫師協助填寫此表，以期共同協助學生。填寫時請醫師協助以中文敘寫，以利本市鑑輔會情緒行為障礙研判之進行。

2.若醫師不便填寫本表，請協助將上述摘要表所需資料填寫於醫院診斷證明書中。