**聖母醫院小兒精神科宋維村醫師門診轉介單**

轉介單位：臺東縣教育處特教資源中心

|  |  |
| --- | --- |
| 轉介學校 |  |
| 學生資料 | 姓名： 年級：身份證字號： 出生日期： 年 月 日身心障礙類別/等級：ICD診斷碼： 近況簡述： |
| 家長資訊 | □已於 年 月 日 時與家長聯繫，確有醫療需求，因無法自行掛號，申請轉介。(請勾選。)家長聯絡電話： |
| 希望排定看診時間 | 請依意願排序填寫：(確定看診時間，轉介後另行通知。)1. 2. 3.
 |
| 學校承辦人 | 姓名：聯絡電話： |

說明：1.請衡量學生家庭情況，協助辦理轉介事宜。

 2.填寫後，請電郵至ttsercsw@gmail.com劉芳妤小姐，並電話聯繫確認(089-361107#17)。