彰化縣優質健兒門診＿＿＿＿＿衛生所轉介單（甲聯）

敬啟者：本所發現此兒有下述症狀，轉請貴院診治，請填寫就診情況並惠寄本所，以便追蹤管理，謝謝。

一、個案情況

個案姓名：＿＿＿＿ 身分證號碼：＿＿＿＿ 性別：□(1)男 □(2)女

國籍：□本國籍 □外籍 出生日期：＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿ 門診號碼：＿＿＿＿

住址：＿縣市＿鄉鎮市區＿村里＿街路＿段＿巷＿弄＿號

1.發展遲緩項目（DDST 評估）：	3.建議轉介醫院及科別：
□(1)語言 □(2)認知 □(3)動作 □(4)社會情緒 □(5)生活自理，請註明：＿＿＿＿	□(1)小兒神經科：□(A)彰基 □(B)台中榮總 □(C)中山 □(D)中國
2.異常項目：	□(2)小兒內分泌科：□(A)彰基 □(B)台中榮總
□(1)體重<3%T □(2)身高<3%T	□(3)小兒心臟科：□(A)彰基 □(B)秀傳 □(C)醫院 彰化醫院 □(D)漢銘 □(E)台中榮總 □(F)中山 □(G)中國
□(3)心雜音：有＿＿＿＿度	□(4)小兒骨科：□(A)彰基 □(B)秀傳 □(C)台中榮總 □(D)中山 □(E)中國 □(F)醫院 台中醫院
□(4)髖關節發育不良：□Ortolan' s test 陽性 □Barlow' s test 陽性	□(5)小兒泌尿科：□(A)彰基
□(5)隱睪：□左側 □右側	□(6)眼科：＿＿＿＿
□(6)斜視：□左側 □右側	□(7)小兒外科：□(A)彰基 □(B)漢銘 □(C)慈濟
□(7)斜頸：□左側 □右側	□(8)牙科：＿＿＿＿ □(9)其他：＿＿＿＿
□(8)奶瓶性齲齒	
□(9)其他：＿＿＿＿	

轉介人員：＿＿＿＿ 醫師簽名：＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿ 轉介日期：＿＿＿＿

二、醫師診斷紀錄欄：

日期	個案現況（應詳敘就醫日期及地點、目前情形、未就醫原因）	醫師簽名	個案現況（應詳敘就醫日期及地點、未就醫原因）	下次追蹤日期及簽名

三、轉介管理追蹤

1.轉介管理結束狀況（只填一項）：□(1)無明顯異常 □(2)拒絕轉介或(拒絕轉診對、需期間)追蹤 □(3)未前往 請填一次追蹤表 □(4)個案遷移，失聯名冊：＿＿＿＿，＿縣市中

2.就醫結果：□(1)沒有發現異常 □(2)確定為疾病（病名：＿＿＿＿）、治療 □(3)未就醫 □(4)未就醫正確原因別：

3.未就醫原因：□(1)忙 □(2)認為不需要 □(3)家人無法配合 □(4)缺乏交通工具 □(5)經濟困難 □(6)經濟其他補助方式 □(7)出國 □(8)其他：＿＿＿＿（可複選）。

4.處置內容：□(1)接受就醫追蹤時就診 □(2)不接受追蹤就診原因：(3)接受正確服藥追蹤計劃並同意追蹤 □(4)一日數次注射 □(5)日常活動指導 □(6)視力保健指導 □(7)口腔保健指導 □(8)提供其他相關資訊 □(9)建檔資料中心 □(10)其他：＿＿＿＿（可複選）。

甲聯：留於轉介衛生所（家）

彰化縣優質健兒門診＿＿＿＿＿衛生所轉介單（乙聯）

敬啟者：本所發現此兒有下述症狀，轉請貴院診治，請填寫就診情況並惠寄本所，以便追蹤管理，謝謝。

一、個案情況

個案姓名：＿＿＿＿ 身分證號碼：＿＿＿＿ 性別：□(1)男 □(2)女

國籍：□本國籍 □外籍 出生日期：＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿ 門診號碼：＿＿＿＿

住址：＿縣市＿鄉鎮市區＿村里＿街路＿段＿巷＿弄＿號

1.發展遲緩項目(DDST 評估)	3.建議轉介醫院及科別：
□(1)語言 □(2)認知 □(3)動作 □(4)社會情緒 □(5)生活自理，請註明：＿＿＿＿	□(1)小兒神經科：□(A)彰基 □(B)台中榮總□(C)中山 □(D)中國
2.異常項目：	□(2)小兒內分泌科：□(A)彰基 □(B)台中榮總
□(1)體重<3%T □(2)身高<3%T	□(3)小兒心臟科：□(A)彰基 □(B)秀傳 □(C)醫院 彰化醫院 □(D)漢銘 □(E)台中榮總 □(F)中山 □(G)中國
□(3)心雜音：有＿＿＿＿度	□(4)小兒骨科：□(A)彰基 □(B)秀傳 □(C)台中榮總 □(D)中山 □(E)中國 □(F)醫院 台中醫院
□(4)髖關節發育不良：□Ortolan' s test 陽性 □Barlow' s test 陽性	□(5)小兒泌尿科：□(A)彰基
□(5)隱睪：□左側 □右側	□(6)眼科：＿＿＿＿
□(6)斜視：□左側 □右側	□(7)小兒外科：□(A)彰基 □(B)漢銘 □(C)慈濟
□(7)斜頸：□左側 □右側	□(8)牙科：＿＿＿＿ □(9)其他：＿＿＿＿
□(8)奶瓶性齲齒	
□(9)其他：＿＿＿＿	

轉介人員：＿＿＿＿ 醫師簽名：＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿ 轉介日期：＿＿＿＿

二、醫師診斷紀錄欄： 病歷號：＿＿＿＿ 就醫日期：＿＿＿＿

（一）就醫科別：□1.小兒神經科 □2.小兒內分泌 □3.小兒心臟科 □4.小兒骨科 □5.小兒泌尿科 □6.眼科 □7.小兒外科 □8.牙科 □9.其他：＿＿＿＿。

（二）此次診斷結果及建議事項（可複選）：

□1.發展遲緩診斷結果：	□(1)治療：□(A)不需 □(B)需要： □(a)聯合復健 □(b)職能治療 □(c)物理治療 □(d)語言治療 □(e)認知訓練 □(f)心理治療 □(g)社工服務 □(h)提供療育 □(i)其他，請註明：＿＿＿＿ □(2)追蹤：□(A)不需 □(B)需要，追蹤間隔：＿＿＿＿追蹤一次 □(3)建議：＿＿＿＿ □(4)已通報發展遲緩早期療育通報轉介中心
□(A)無明顯異常 □(B)確定診斷（疾病名稱：＿＿＿＿）	
□2.其他異常疾病診斷結果：	□(1)治療：□(A)不需 □(B)需要： □(a)手術療程＿＿＿＿ □(b)物理治療＿＿＿＿ □(c)內科治療＿＿＿＿ □(d)其他醫療治療請註明＿＿＿＿ □(2)追蹤：□(A)不需 □(B)需要，追蹤間隔：＿＿＿＿追蹤一次 □(3)其他建議：＿＿＿＿
□(A)無明顯異常 □(B)先天性心臟病：＿＿＿＿ □(C)髖關節發育不良 □(D)隱睪 □(E)斜視 □(F)斜頸 □(G)奶瓶性齲齒 □(H)其他：＿＿＿＿	

醫療院所：＿＿＿＿ 醫師簽名：＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿

乙聯：留診治之醫院、診所

彰化縣優質健兒門診＿＿＿＿＿衛生所轉介單（丙聯）

敬啟者：本所發現此兒有下述症狀，轉請貴院診治，請填寫就診情況並惠寄本所，以便追蹤管理，謝謝。

一、個案情況

個案姓名：＿＿＿＿ 身分證號碼：＿＿＿＿ 性別：□(1)男 □(2)女

國籍：□本國籍 □外籍 出生日期：＿＿＿＿ 電話：＿＿＿＿ 門診號碼：＿＿＿＿

住址：＿縣市＿鄉鎮市區＿村里＿街路＿段＿巷＿弄＿號

1.發展遲緩項目(DDST 評估)：	3.建議轉介醫院及科別：
□(1)語言 □(2)認知 □(3)動作 □(4)社會情緒 □(5)生活自理，請註明：＿＿＿＿	□(1)小兒神經科：□(A)彰基 □(B)台中榮總 □(C)中山 □(D)中國
2.異常項目：	□(2)小兒內分泌科：□(A)彰基 □(B)台中榮總
□(1)體重<3%T □(2)身高<3%T	□(3)小兒心臟科：□(A)彰基 □(B)秀傳 □(C)醫院 彰化醫院 □(D)漢銘 □(E)台中榮總 □(F)中山 □(G)中國
□(3)心雜音：有＿＿＿＿度	□(4)小兒骨科：□(A)彰基 □(B)秀傳 □(C)台中榮總 □(D)中山 □(E)中國 □(F)醫院 台中醫院
□(4)髖關節發育不良：□Ortolan' s test 陽性 □Barlow' s test 陽性	□(5)小兒泌尿科：□(A)彰基
□(5)隱睪：□左側 □右側	□(6)眼科：＿＿＿＿
□(6)斜視：□左側 □右側	□(7)小兒外科：□(A)彰基 □(B)漢銘 □(C)慈濟
□(7)斜頸：□左側 □右側	□(8)牙科：＿＿＿＿ □(9)其他：＿＿＿＿
□(8)奶瓶性齲齒	
□(9)其他：＿＿＿＿	

轉介人員：＿＿＿＿ 醫師簽名：＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿ 轉介日期：＿＿＿＿

二、醫師診斷紀錄欄： 病歷號：＿＿＿＿ 就醫日期：＿＿＿＿

（一）就醫科別：□1.小兒神經科 □2.小兒內分泌 □3.小兒心臟科 □4.小兒骨科 □5.小兒泌尿科 □6.眼科 □7.小兒外科 □8.牙科 □9.其他：＿＿＿＿。

（二）此次診斷結果及建議事項（可複選）：

□1.發展遲緩診斷結果：	□(1)治療：□(A)不需 □(B)需要： □(a)聯合復健 □(b)職能治療 □(c)物理治療 □(d)語言治療 □(e)認知訓練 □(f)心理治療 □(g)社工服務 □(h)提供療育 □(i)其他，請註明：＿＿＿＿ □(2)追蹤：□(A)不需 □(B)需要，追蹤間隔：＿＿＿＿追蹤一次 □(3)建議：＿＿＿＿ □(4)已通報發展遲緩早期療育通報轉介中心
□(A)無明顯異常 □(B)確定診斷（疾病名稱：＿＿＿＿）	
□2.其他異常疾病診斷結果：	□(1)治療：□(A)不需 □(B)需要： □(a)手術療程＿＿＿＿ □(b)物理治療＿＿＿＿ □(c)內科治療＿＿＿＿ □(d)其他醫療治療請註明＿＿＿＿ □(2)追蹤：□(A)不需 □(B)需要，追蹤間隔：＿＿＿＿追蹤一次 □(3)其他建議：＿＿＿＿
□(A)無明顯異常 □(B)先天性心臟病：＿＿＿＿ □(C)髖關節發育不良 □(D)隱睪 □(E)斜視 □(F)斜頸 □(G)奶瓶性齲齒 □(H)其他：＿＿＿＿	

醫療院所：＿＿＿＿ 醫師簽名：＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿

丙聯：留回當地衛生所