

**財團法人瑪利亞社會福利基金會行為輔導服務  
轉介申請表**

(表 1：由轉介單位填寫)

轉介單位	申請日期	年	月	日
單位聯絡人	電話			
	手機			
與個案關係	<input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 教保員/生服員 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 治療師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 職管員/就服員 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
單位聯絡地址	電郵信箱			
轉介需求 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1.分析行為功能及原因 <input type="checkbox"/> 2.提供正向行為支持策略 <input type="checkbox"/> 3.協助資源連結 <input type="checkbox"/> 4.研商家庭服務計畫，進而使個案標的行為獲得緩解 <input type="checkbox"/> 5.其他：_____			
個案屬性	社政	<input type="checkbox"/> 1.社區式日間照顧 <input type="checkbox"/> 2.社區日間作業設施 <input type="checkbox"/> 3.社區居住方案 <input type="checkbox"/> 4.家庭托顧 <input type="checkbox"/> 5.身資中心/家資中心/個管中心 <input type="checkbox"/> 6.社福中心/家服中心 <input type="checkbox"/> 7.其他：_____		
	勞政	<input type="checkbox"/> 8.職重中心 <input type="checkbox"/> 9.庇護工場 <input type="checkbox"/> 10.社區就業 <input type="checkbox"/> 11.其他：_____		
	教育	<input type="checkbox"/> 12.學校 <input type="checkbox"/> 13.特教資源中心 <input type="checkbox"/> 14.其他：_____		
	衛政	<input type="checkbox"/> 15.醫院 <input type="checkbox"/> 16.心理衛生中心 <input type="checkbox"/> 17.其他：_____		
	其他	<input type="checkbox"/> 18.請說明：_____		
個案姓名	性別	<input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女		
出生日期	年 月 日 ( 歲 )	身分證字號	(僅供衛福部社家署針對醫療資源使用狀況及規劃分析用)	
舊制手冊障別	新制證明	類別	類別：第 類【 】	
障礙等級		ICD 診斷	ICD：	

**一、主要行為問題及處理歷史**

主要行為問題	※評分說明	頻率：出現的次數	強度：持續時間長度或造成的干擾嚴重度							
	5分	每小時1次以上	略							
	4分	每半天1次以上	略							
	3分	每天1次以上	非常嚴重，行為持續半天以上，或導致危及自己或他人或公共安全							
	2分	每週出現1次以上	相當嚴重，行為持續1小時至半天，或嚴重干擾個案或團體日常生活活動之進行，或嚴重毀損公共器物							
	1分	每月1次以上	中度嚴重，行為持續1小時以內，或干擾個案或團體日常生活活動之進行							
		類 型 (可複選)	行 為 簡 述 (態樣、持續時間...等)	頻率(勾選)					強度(勾選)	
			5分	4分	3分	2分	1分	3分	2分	1分
	<input type="checkbox"/> 1.自傷									
	<input type="checkbox"/> 2.攻擊									
	<input type="checkbox"/> 3.破壞									
	<input type="checkbox"/> 4.不服從/不合作									
	<input type="checkbox"/> 5.不適當的社會行為									
	<input type="checkbox"/> 6.固著或反覆的動作									

	<input type="checkbox"/> 7.退縮								
	<input type="checkbox"/> 8.怪異的性行為/性習慣								
	<input type="checkbox"/> 9.過份活動								
	<input type="checkbox"/> 10.其他情緒障礙或行為異常								
<b>處理歷史</b>	上述行為問題從何時開始出現？已經持續多久？								
	貴單位或家庭曾試過之處理方式及效果：(如醫療、生態調整、行為獎懲、新行為訓練……)								

二、個案身心狀況(經醫師診斷)

說明 生理狀況	正常	異常 (請簡述病名或症狀)	就醫情況 (未就醫或就醫之醫院、期)	
	視覺	<input type="checkbox"/>		
聽覺	<input type="checkbox"/>			
肢體	<input type="checkbox"/>			
癲癇	<input type="checkbox"/>			
特殊疾病	<input type="checkbox"/>			
情緒/精神障礙診斷： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請描述病名或症狀)：				
醫院名稱：                      科別：                      醫師：				
醫療及輔具使用情形	曾經使用	藥品及輔具名稱：  停用原因：		
	目前使用	名稱	劑量/用法	開始使用時間/使

<b>家系圖</b>	主要照顧者		
	社區	聯絡電話	
	個案	住家地址	
	<b>家庭功能</b> (如：教養能力、經濟狀況、家庭氣氛、家長對行為問題的處置與看法等)		

家屬及重要關係他人	稱謂	姓名	年齡	職業(單位、職稱)	身心狀況	存	歿	與個案同住	
								是	否
	父								
	母								

#### 四、相關資源使用情形

經濟資源：	
長照服務：	
社福資源：	
其他資源：	

檢附資料	(請勾選已檢附項目)			
	<input type="checkbox"/> 現有之個案基本資料文件 <input type="checkbox"/> 行為觀察記錄 (如：標的行為觀察記錄表、藥效評估記錄表…等) <input type="checkbox"/> 歷年行為支持計畫 (如：ISP、IFSP、個案研討記錄…等) <input type="checkbox"/> 個案能力現況表 (如：溝通、認知、自理、社會互動、休閒…等) <input type="checkbox"/> 其他 (如：醫療診斷/評估報告、與標的行為相關之影片/照片等)，請說明			
填表人章		填表人稱		單位主管章