



醫師意見書

填表日期：民國 年 月 日

| | | | |
|----------------|--|--------|----------|
| 申請者 | 姓名： | 男/女 | 住址： |
| | 身分證字號： | | 聯絡電話：() |
| 醫師姓名： | | 電話：() | |
| 醫療機構名稱： | | Email： | |
| 醫療機構地址： | | | |
| (1)最近一次診察日期 | 民國 年 月 日 | | |
| (2)製作意見書次數 | <input type="checkbox"/> 初次 <input type="checkbox"/> 二次以上 (前次意見書： 年 月 日) | | |
| (3)目前診察科別與就醫時間 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請勾選)： <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 其他 () 本次持續就醫時間已維持 個月。 | | |

1. 相關疾病診斷意見

| | |
|--|-------------------|
| (1) 診斷疾病名稱 | |
| 1. | 診斷年月日(民國 年 月 日左右) |
| 2. | 診斷年月日(民國 年 月 日左右) |
| 3. | 診斷年月日(民國 年 月 日左右) |
| (2) 病情狀態 <input type="checkbox"/> 穩定 <input type="checkbox"/> 不穩定 <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 若勾選不穩定狀態時，請具體詳細說明： | |

2. 近期治療(若過去 7 日內曾經接受以下治療者，請勾選)

| |
|---------------------------|
| 藥物治療：(請列出目前使用藥物內容) |
| 其他重要治療或評估(及結果)：測驗或評估名稱與結果 |

3. 復學或返回實習意見

| |
|--|
| (1) 學業輔導應注意事項 |
| (2) 實習應注意與配合事項 |
| 特殊處置建議時機： <input type="checkbox"/> 自行停藥或不規律服藥 <input type="checkbox"/> 未規律就診 <input type="checkbox"/> 臨床教師反應不良學習行為，每週超過五次以上 <input type="checkbox"/> 傷害自己或他人之企圖、想法、計畫與行動 |
| (2) 建議停止學業或實習狀況 |
| <input type="checkbox"/> 出現風險危害自己或他人言行 <input type="checkbox"/> 意識或認知狀態經臨床老師反應異常 |
| <input type="checkbox"/> 社交迴避或抗拒 <input type="checkbox"/> 實習內容與進度延宕經實習老師反應三次以上 |
| <input type="checkbox"/> 困擾行為() |
| (3) 最近六個月內可能影響學業或臨床實習狀況、如何輔導的方法或身心狀態或特殊需要註記事項(可附上相關資訊資料) |

填表醫師簽章： _____