

學校

## 醫囑照會回覆單

醫師您好，

學生\_\_\_\_\_於日前在\_\_\_\_\_的轉介下，提出心理諮商申請，將由聘用之心理師執行。為符合相關醫療法規規定（如說明），煩請您撥空填寫下表第二部份【醫囑照會】，若有任何問題，都歡迎您與我們聯繫，謝謝您的協助。

敬祝 順心平安

敬上

校方聯絡人：

校方聯絡方式：

說明：依據心理師法第14條第五款，諮商心理師執行精神官能症之心理諮商與心理治療，應依據醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。

第16條，心理師執行業務發現個案當事人疑似罹患精神官能症、精神病或腦部心智功能不全疾病時，應予轉診。

## 回執聯

## 學生基本資料

學生姓名	性別	出生日期
聯絡電話	身份證統一編號 (或居留證、護照號碼)	
居住地址		

本人\_\_\_\_\_ (學生親簽) 同意於\_\_\_\_\_醫院/診所\_\_\_\_\_科的就診相關資料提供給教育部學生輔導諮商中心高雄區駐點服務學校(鳳山商工)作為轉介諮商服務之用，讓學校輔導室和醫院專業系統共同合作，以提供學生更完善和整合的心理治療服務。

立書日期： 年 月 日

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人與學生關係：\_\_\_\_\_

## 醫囑照會

★您對於學生的醫療建議：

 建議學生持續就診接受醫療服務 建議學生於學校接受心理諮商服務 其他\_\_\_\_\_

★您給學校諮商心理師的意見與建議：

醫師核章：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日