

懷仁全人發展中心醫囑照會回覆單

姓名		生日	年 月 日
身分證字號			
主述問題			
評估診斷結果			
照會心理師	本病患是否適合接受心理師之諮商與心理治療？ (請勾選) <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否		
院方處遇	1. 本病患是否曾接受本院之心理治療？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 2. 本病患是否曾接受本院之心理衡鑑？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否		
給心理師的建議			
主治醫師簽章			日期： 年 月 日

財團法人天主教聖母聖心會附設懷仁全人發展中心

電話：02-23117155

傳真：02-23311193

地址：台北市中山北路一段二號九樓 950 室

電郵：huai.jen@seed.net.tw

證號：北市衛護字第 09631319400 號