

產後健康照護服務方案-產後憂鬱醫療轉介單

醫事機構	機構名稱：		電話：		醫事機構 服務人員簽章	
	機構代碼：					
	地址：					
個案基本資料	姓名：		性別：□男 □女			
	身分證字號：		出生日期： 年 月 日			
	聯絡電話：		聯絡人：		關係：	
	聯絡地址：					
轉介原因	第 1 次產後健康照護服務： ☐ 愛丁堡產後憂鬱量表得分 13 分(含)以上 ☐ 愛丁堡產後憂鬱量表第 10 題得分 1 分（含）以上 第 2 次產後健康照護服務： ☐ 愛丁堡產後憂鬱量表得分 13 分(含)以上 ☐ 愛丁堡產後憂鬱量表第 10 題得分 1 分（含）以上					
個案狀況摘要說明						
建議轉介機構	機構名稱：					
	電話：					
	地址：					
轉介日期： 年 月 日						

