

新北市政府衛生局

111 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫

- 一、目的：本府衛生局(以下簡稱本局)109 年建立基層精神醫療資源平台，彙整本市共 47 家基層身心科診所醫療資源，並結合教育局及本市大專校院，轉知本項資源予具精神醫療需求青少年。現為使本項資源更能被運用，增進具心理困境之 18 歲以下兒童及少年主動尋求精神醫療資源，爰規劃本獎助計畫，針對本市 18 歲以下兒童及少年，且有身心科醫療需求者，至本計畫合約基層精神科診所者，提供費用優免，期能協助 18 歲以下兒童及少年即時使用精神醫療，並給其適當的支持與協助，並藉醫療院所回饋資料，校園可落實與醫療院所共同協力促進青少年心理健康。
- 二、實施期間：自計畫核定日起至 111 年 12 月 20 日。
- 三、服務對象：
 - (一) 設籍或居住本市之 18 歲以下兒童及少年。
 - (二) 設籍或居住本市之 18 歲以下兒童及少年且持本市各級學校(高中職、國民中、小學)或非營利組織(機構)開立之「轉介單暨家長同意書」(表 1)至合約診所(與本局簽訂本計畫之健保合約診所)就診。
- 四、補助項目及額度：

符合服務對象身份者，至合約診所就診，本局補助 1 次門診掛號費。
- 五、合約診所須提供之服務項目：
 - (一) 合約診所提供門診醫療服務，並填寫「就診回復暨處遇建議單」(表 2)。
 - (二) 合約診所需協助建立服務個案規則就醫/服藥之重要性，並視其狀況提供衛教。

六、可申請本案計畫之合約診所資格：可提供兒童、青少年精神醫療門診服務之健保合約診所，經審查通過後並與本局簽定契約。

七、本計畫申請程序及應備條件：

具合作意願之健保合約診所需檢附服務合約書、保密切結書一式 2 份函送本局辦理簽約事宜。

八、經費核銷申請方式：

(一) 採按月核銷，合約診所需於每月 10 日前(遇例假日則順延至下個工作日)提供下列文件向本局辦理費用核銷，如當月案量低於 10 案得併次月一同辦理核銷：

1. 診所領據 1 份(需蓋診所印信)；
2. 前月服務個案之核銷清冊(表 3)1 份；
3. 前月服務個案之「就診回復暨處遇建議單」。

(二) 111 年 12 月份之補助期限至 12 月 20 日止，合約診所需於 111 年 12 月 27 日前檢具上述文件向本局辦理 12 月份之費用核銷。

九、其他行政配合事項：

(一) 本案所需經費將依各年度相關公務預算編列，若經費遭刪除或凍結以致不能如期動支，得延後或調整變更經費或終止辦理支付。若經費遭刪減，得重新與合約診所進行議約，若議約不成將終止合約，重新辦理公開徵求作業。上述情形合約診所不得要求任何形式之賠償或補償。

(二) 如個案具健保身份，使用健保資源為先；個案若具社會福利身份(弱勢、低收等)優先使用社福資源。

(三) 對於個案相關資料，本局及合約診所雙方均應注意保密，並依法辦理個案檔案資料處理相關事宜。

(四) 合約診所及其所屬人員，因職務或執行業務知悉或持有他人秘

密之資訊，不得全部或部分移轉或以其他名義交與第三人辦理。
若違反安全保密切結書之規定，致造成本局或第三者之損害，合約診所同意無條件負擔全部所有責任，包含機關涉訟，所需支付之一切費用及賠償。

(五) 合約診所執行方式若與合約或計畫書內容不符者，由本局通知限期改善，若屆時未能改善，本局得解除或終止契約。

(六) 經本局查證有向個案重複收費或向其他經費來源重複申請相同項目之經費給付屬實者，本局除得追回重複給付之金額外，且由本局以公文通知限期改善，如未能如期改善或再犯達 2 次將解約並且不列入下年度合作對象。

十、本計畫如有未盡事宜，得隨時補充修正之。

新北市政府衛生局
111 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫
轉介單

填寫日期：____年____月____日

轉介單位基本資料			
轉介單位			
通報人員		職稱	
聯絡電話		聯絡傳真	
被轉介兒少基本資料			
兒少姓名		出生年月日	
兒少就讀學校及班級	_____學校 _____年_____班	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
兒少家長姓名及聯絡電話		過往病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾就診身心科 (_____ 醫院/診所)
兒少狀況概述	(主要困擾問題綜合描述)		
轉介單位目前處理情形			
轉介人核章		轉介單位印章	

新北市政府衛生局
111 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫
家長同意書

親愛的家長您好：

- 一、 由於貴子女_____ (兒少姓名)在學校出現若干適應困難的現象，為協助他(她)早日解決困難，因此建議貴子女使用「新北市政府衛生局 111 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫」，至合約診所就診將免收 1 次掛號費。
- 二、 依民法第 13 條規定：「滿 7 歲以上之未成年人，有限制行為能力。」原則上，如果未成年人屬於無行為能力 (7 歲以下)，必須由法定代理人代為決定；而 7 歲以上未滿 20 歲之未成年人，其法律行為必須獲得法定代理人同意才能合法有效。同時，民法第 1089 條規定：「對於未成年子女之權利義務，除法律另有規定外，由父母共同行使或負擔之。父母之一方不能行使權利時，由他方行使之。父母不能共同負擔義務時，由有能力者負擔之。」爰本家長同意書需經父母雙方共同簽署；若其中一方因故無法共同簽署，可簽署委託同意書由另一方代為行使。
- 三、 對於初診之兒童、青少年(未滿 20 歲者)應儘量由家長陪同就醫，以便能完整建立病歷資料；若家長因某些因素無法陪同兒童或青少年就醫者，可由家長委託之受委託人出示其委託書協助未成年人就醫。
- 四、 本項兒童及少年就診身心科門診獎助計畫，每人僅有 1 次門診掛號費補助，如有違反者，將無條件繳回本補助款予新北市政府衛生局(以下簡稱本局)，絕無異議。
- 五、 本局基於為瞭解學生就診情形並提供最適切的協助方案等目的，而需獲取學生之個人資料，包含：姓名、出生年月日、性別、就讀學校、班級、聯絡方式、醫療紀錄等，本局將依循個人資料保護法及相關法令之規定，蒐集、處理及利用學生個人資料。

我已閱讀並接受上述同意書內容。

此致

新北市政府衛生局

如同意請簽名

兒少： _____ 連絡電話： _____

家長： _____ 連絡電話： _____

家長： _____ 連絡電話： _____

監護人： _____ 連絡電話： _____

監護人與兒少關係： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

新北市政府衛生局
111 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫
委託同意書

本人_____ (兒少家長姓名)，

因故無法簽署家長同意書，爰委託_____ (姓名)/與兒少之關係_____，簽署家長同意書，並代為處理本人子女_____ (兒少姓名)就醫事宜。

因故無法親自陪同本人子女_____ (兒少姓名)就醫，故委託_____ (姓名)/與兒少之關係_____ 陪同。

本人子女已就讀國、高中年級以上，可以自行獨立前往就醫。

兒少：_____ 連絡電話：_____

委託人：_____ 連絡電話：_____

受委託人：_____ 連絡電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

表 2-就診回復暨處遇建議單

新北市政府衛生局
111 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫
就診回復暨處遇建議單

姓名：		身份證字號：	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日： _____年_____月_____日	就讀學校：_____學校 _____年_____班	
通訊地址：_____市(縣)_____鄉鎮市區_____村里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓			
<p>病情概況：</p> <p>(一) 初步評估精神診斷：(ICD-10 代碼)_____</p> <p>(二) 就診門診時間：111 年_____月_____日，下次返診時間_____年_____月_____日。</p> <p>(三) 個案就診時之精神狀態評估：</p> <p>1. 思考：</p> <p>2. 知覺：</p> <p>3. 情緒：</p> <p>4. 其他說明：</p> <p>(四) 本次就診之治療情形：</p> <p><input type="checkbox"/>藥物治療 <input type="checkbox"/>心理治療 <input type="checkbox"/>憂鬱症篩檢 <input type="checkbox"/>精神疾病篩檢</p> <p><input type="checkbox"/>壓力評估 <input type="checkbox"/>家庭評估 <input type="checkbox"/>職能評估 <input type="checkbox"/>毒品使用狀況評估</p> <p><input type="checkbox"/>精神與社會生活功能評估 <input type="checkbox"/>支持性心理會談 <input type="checkbox"/>轉介醫院就診</p> <p><input type="checkbox"/>其他，說明：</p> <p>(五) 本次就診是否開立精神科藥物予個案：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>			
回復日期：_____年_____月_____日			
填表人：	主治醫師：(請核章)	診所名稱及連絡電話：	

備註：如個案持學校開立之轉介單就診，請協助填寫「就讀學校」資訊。

111年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫合作診所名單

行政區域	診所名稱	診所聯絡方式	診所地址	專長領域
三重	安興精神科診所	02-2974-3029	新北市三重區重新路三段132號1樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症
三重	林南診所	02-2980-9803	新北市三重區重陽路四段11號1樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症/妥瑞氏症。
新店	楊聰才診所	02-2918-1299	新北市新店區中興路2段239號2樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症/失眠/情緒障礙/自律神經失調/幻覺/妄想/家庭衝突/感情問題
汐止	合康診所	02-8642-5222	新北市汐止區大同路二段512號1樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症/自律神經失調/壓力管
新莊	恆友精神科診所	02-2990-7909	新北市新莊區幸福東路135號	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症
板橋	楊孟達身心精神科	02-2255-5222	新北市板橋區文化路一段275號1樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症
板橋	幸福身心精神科診所	02-2957-8000	新北市板橋區實踐路83號1樓及83之1號2樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症
永和	中永和身心精神科診所	02-2929-1555	新北市永和區中正路558號1、2樓	過動症/注意力缺損/學習障礙/精神官能症/自傷問題/拒學問題/霸凌問題/物質濫用/心因性厭食症及暴食症