

**社政單位職業傷病服務個案  
轉介台大職業傷病防治中心之轉介單**

轉介單位：

轉介日期： 年 月 日

轉介者：

聯絡電話：

個案基本資料	姓名：	身分證號：	勞保身分： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	殘障手冊： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	生日： 年 月 日	聯絡地址：			
	工作職稱：	工作內容：			
	診斷：				
	職災經過簡述：				
聯絡人資料	聯絡人姓名：		與個案關係：		
	聯絡電話：		行動電話：		
	適合時段： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 <input type="checkbox"/> 任何時間均可				
轉介需求	<input type="checkbox"/> 職業病鑑定 <input type="checkbox"/> 職業傷害鑑定 <input type="checkbox"/> 醫療處置建議 <input type="checkbox"/> 勞保補償爭議審議 <input type="checkbox"/> 工作能力評估—復工爭議 <input type="checkbox"/> 工作能力減損評估—勞資爭議 <input type="checkbox"/> 失能評估 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
<b>台大職業傷病防治中心 回覆單</b> 承辦人：    個案師					
聯絡電話：02-23123456 轉 67491		傳真 02-23831835		回覆日期：	
提供協助： <input type="checkbox"/> 是 協助內容：          提供協助： <input type="checkbox"/> 否 未協助原因：					

\*於勞工轉介至本診治中心前，請先告知該勞工：後續會有本中心個案管理師與之聯繫