

嘉義市政府衛生局心理衛生中心

疑似精神病人個案轉介單

請傳真至嘉義市政府衛生局心理健康科，傳真：05-2341186，
連絡電話：(05)2338066#425 林小姐

轉介機構/單位								
轉介來源 (必填)	☐ 自殺防治 ☐ 物質濫用(☐ 酒癮 ☐ 藥癮 ☐ 其他：_____) ☐ 保護體系【 ☐ 家暴通報(☐ 相對人 ☐ 被害人) ☐ 性侵害通報(☐ 相對人 ☐ 被害人) ☐ 兒少虐待通報】 ☐ 社福體系(☐ 脆弱家庭通報 ☐ 其他：_____) ☐ 勞政體系 ☐ 教育體系 ☐ 警政體系 ☐ 消防體系 ☐ 社區民政體系(☐ 鄰里長或里幹事 ☐ 社區民眾) ☐ 其他：_____							
個案身分證字號 (必填)		個案姓名 (必填)						
出生日期 (必填)	____年____月____日，__歲	性別 (必填)	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別					
婚姻狀況	☐ 已婚 ☐ 鰥寡 ☐ 同居 ☐ 分居 ☐ 離婚 ☐ 未婚 ☐ 其他 ☐ 不詳							
教育程度	☐ 國民小學教育 ☐ 國民中學教育 ☐ 初級職業學校教育 ☐ 簡易師範學校教育 ☐ 高級中學教育 ☐ 高級職業學校教育 ☐ 師範學校教育 ☐ 專科學校教育 ☐ 大學院校教育 ☐ 研究所碩士班教育 ☐ 研究所博士班教育 ☐ 自修 ☐ 其他 ☐ 不識字 ☐ 識字							
聯絡電話(必填)								
個案訪視地址 (必填)								
是否領有身心障礙證明或手冊	☐ 有，疾病診斷_____ 障礙等級： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 ☐ 否 ☐ 不詳 ☐ 須重新鑑定，下次鑑定日期_____(☐ 免重新鑑定)							
主要照顧者姓名		與個案關係		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">電話</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">手機</td> <td></td> </tr> </table>	電話		手機	
電話								
手機								
照顧者聯絡地址								
主要問題內容 (因精神疾病造成)	☐ 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 自傷 ☐ 自傷之虞 ☐ 2. 社區干擾/破壞： ☐ 公共危險 ☐ 公共危險之虞 ☐ 預期性傷害危險(☐ 未曾發生過 ☐ 曾經發生過) ☐ 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ ☐ 4. 其他(請描述)：_____							

主要症狀	情感：☐無異狀 ☐低落 ☐高亢 ☐憂鬱 ☐緊張 ☐焦慮 ☐害怕 ☐驚恐 ☐生氣 ☐冷漠 ☐其他_____ 思考：☐無異狀 ☐語無倫次 ☐思考不連貫 ☐妄想 ☐自殺意念 ☐其他_____ 知覺：☐無異狀 ☐幻聽 ☐幻視 ☐其他_____ 行為：☐無異狀 ☐躁動不安 ☐自傷 ☐攻擊行為 ☐破壞 ☐強迫 ☐退縮 ☐整日臥床 ☐騷亂 ☐其他_____
病情摘要	服藥規則性：☐主動服藥 ☐被動服藥 ☐拒藥 ☐自覺無效 ☐不詳 用藥方式：☐口服 ☐針劑 ☐滴劑 ☐其他，_____ ☐不詳 日常生活影響：☐無 ☐自我照顧需督促 ☐自我照顧需他人協助 ☐不詳 物質濫用：☐無 ☐酒 ☐安眠藥 ☐管制藥品或毒品 ☐不詳 其他問題：_____
就醫情形	☐規則門診，醫院名稱：_____，看診醫師：_____，最近就醫日期_____ ☐住院：上次住院日期： 年 月 日至 年 月 日，醫院名稱：_____ 住院理由：☐強制住院☐急性發病☐自傷☐傷人☐自殺☐其他_____ ☐未曾就醫，說明：_____ ☐不詳
社政資源是否曾介入	☐是，介入日期：_____ 介入原因：☐兒少保護個案家庭 ☐高風險家庭 ☐家庭暴力事件 ☐高危機個案 ☐其他：_____ 介入狀態：☐已服務結案☐服務中☐中斷服務，說明：_____ ☐否 ☐不詳 ☐其他_____ ☐低收入戶☐中低收入戶☐身心障礙生活補助☐特殊境遇家庭扶助☐獨居老人☐不詳☐其他_____
轉介單位已提供之服務說明	
其他相關資訊	
個案篩檢表	☐有，請摘錄說明篩檢結果：_____ ☐無
轉介目的 (必填)	☐協助個案精神狀況評估及轉介醫療機構 ☐建立個案病識感 ☐建立就醫規則及服藥 ☐提供精神疾病及藥物衛教 ☐危機處理及提供短期就醫資源 ☐提供個案社區關懷追蹤 ☐其他：_____

轉介單位 (必填)		轉介人員 (必填)		聯繫方式 (必填， 至少擇一)	
網絡機關(構)轉 介日期(必填)					
衛生局處理情形(必填)					
○轉介醫療機構，受轉介機構：_____ 協助事項：☐協助評估精神狀況☐轉介精神醫療服務 ☐提供後續追蹤及關懷 ○不轉介： ☐資料不足，無法評估轉介與否。 ☐無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 ☐不符轉介標準，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 ☐個案主要需求非衛生機關之服務項目。 ☐考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 ☐其他原因（請描述）：_____					
衛生局 評估日期 (必填)	____年__月__日	評估人員 (必填)		單位主管	
		電話 (必填)			
衛生局 轉介日期 (必填)	____年__月__日	轉介人員 (必填)		單位主管	
		電話 (必填)			

備註：1. 符合轉介條件，由衛生局通知醫療機構辦理後續派案服務事宜。2. 倘無須轉介，由衛生局回覆處理狀況予原網絡轉介機關(構)單位，接續提供服務，或補正相關資料後再行轉介。