

臺中市政府疑似或社區精神病人個案轉介單

說明：

制定日期：111 年 1 月 25 日

一、轉介個案需同時符合下列標準：

修訂日期：111 年 2 月 10 日

非住院精神疾病個案且非在精神復健機構、日間照顧/訓練機構、

庇護工場、安養(護)機構、精神護理之家等接受機構式照顧服務的精神疾病人。

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料。

三、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

四、衛生局承辦人：黃筑鈺，電話：04-27066031*226，信箱：hbtc01542@taichung.gov.tw

轉介機構/單位			
轉介來源	☐ 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)，本案 ☐ 是 ☐ 否為高危機列管個案 ☐ 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：_____		
身分證字號		個案姓名	
出生日期	____年__月__日，__歲	性別	☐ 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	就業情形	☐ 有，目前從事_____ ☐ 無，失業多久_____
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			
個案訪視地址	居住地址： 戶籍地址：		
家庭背景	(含家系圖，描述3代、排行、性別、年齡、有無精神疾病及同住者)		

主要照顧者姓名		與案關係		電話	
				手機	
照顧者聯絡地址	☐ 與個案同住 ☐ 其他：縣(市) 市（區、鄉、鎮） 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
福利身分	☐ 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				
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)				
主要症狀 (因精神疾病造成)	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 ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 自傷 ☐ 自傷之虞 ☐ 破壞 ☐ 強迫 ☐ 退縮 ☐ 整日臥床 ☐ 騷亂 ☐ 其他 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) ☐ 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ ☐ 其他(請描述)：_____				
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， 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 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：_____ 診斷碼(ICD-10): _____ ☐ 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				
就醫情形	1. 近3個月至精神科門診總次數： 2. 近3個月至精神科急診總次數： 3. 近3個月至病情嚴重需要住院治療： ☐ 是 ☐ 否，實際住院幾次：				
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				

轉介目的	☐ 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：_____					
	轉介機構/單位		轉介人員/職稱		主管核章	
轉介日期		聯絡電話/ 電子郵件		傳真電話		
個案篩檢表	☐ 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ ☐ 無					
衛生局處理情形						
☐ 收案列管，開案日期：____年____月____日，_____衛生所/_____心衛中心 ☐ 轉介醫療機構，且符合下列服務態樣： ☐非追蹤關懷之護送就醫病人。 ☐衛生局追蹤保護中之困難個案。 ☐社區危機處理後之精神病個案。 ☐網絡轉介個案經評估確診後，需積極醫療處置之精神病個案。 ☐門診或急診醫師建議住院但病人不願意住院個案。 ☐警、消人員協助送醫或強制住院送審後，未住院個案。 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/不收案： ☐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	____年____月____日	評估人員		單位主管		
		電話				
衛生局 轉介日期	____年____月____日	轉介人員				
		電話				

備註：

- 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。
- 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。