新竹市社區精神個案結案轉介單

轉介日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱 |  | 時程(入住機構、社區復健、居家治療、日間留院) | 自 至 止 |
| 結案原因 |  |
| 個案姓名 |  | 性別 |  | 出生年月日 |  |
| 身份證字號 |  | 連絡電話 |  |
| 疾病診斷**(ICD10)** |  | 發病年齡 |  | 就醫情形 | 門診 個月 次，醫院：  |
| 居住地址(請詳填) |  |
| 戶籍地址 | □同上 □其他： |
| 照顧者姓名 |  | 關係 |  | 連絡電話 |  |
| 照顧者地址 | □與個案同住 □其他： |
| 病情摘要 | 1. **近半年**心理及行為問題：□情緒不穩定□自殺□自傷□暴力□其他
2. 就醫及服藥問題：□規則就醫 □不規則就醫 □規則服藥 □不規則服藥
3. 病識感：□完全不認為自己有精神疾病 □覺得自己有些狀況，但不認為是精神疾病所致，不願治療 □理智上知道自己生病了，情感上難接受，治療動機低 □情感、理智均接受自己生病且需治療
4. 社會功能：□願意與他人交談 □能適當表達想法 □能理解他人的話
5. 整體家庭支持：□經濟支持□生活照顧□情緒支持□醫療照護□缺乏□其他
6. 其他問題：
7. **家系圖：**
 |
| 轉介者姓名 |  | 轉介者職稱 |  | 連絡電話 |  |

備註：請於個案結案**一週內**填妥轉介單，並以電子郵件方式(免備文)傳送至新竹市衛生局心理健康及毒品防制科，寄件後並來電確認。

電話：03-5355191\*503謝小姐，電子郵件：h71136@hcchb.gov.tw。