**新竹市衛生局社區精神病人轉介單**

制訂日期：103年5月26日

修訂：103年8月27日

說明：

1. 轉介個案需同時符合下列標準：
   1. 非住院精神疾病個案且非在精神復健機構(含日間型及住宿型機構)、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病人。
   2. 符合下列標準其中一項之精神病人：

□1.生活面臨多重問題且無法自行解決。

□2.家庭/社會支持系統薄弱，需重建社會支持及資源系統。

□3.病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者。

□4.獨居。

□5.主要照顧者為65歲以上。

□6.多次強制住院後出院。

□7.家中有2位以上精神病人。

□8.疑似精神病，且出現與現實脫節之怪異思想及奇特行為，並有自傷傷人之虞者。

1. 請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料。
2. 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | | 個案性別 | | | | | □男 □女 | | | 聯絡電話 | |  | |
| 出生年月日 | 年 月 日， 歲 | | | | | | | 身分證統一編號 | | |  | | | |
| 就業情形 | □有，目前從事 □無，失業多久 | | | | | | | 主要溝通語言 | | | □國語 □台語 □客語 □其他， | | | |
| 婚姻狀況 | □未婚 □有偶 □離婚 □喪偶 | | | 教育程度 | | □國小以下 □國中 □高中職 □大專 □碩士或以上 | | | | | | | | |
| 疾病診斷類別 | □1.思覺失調症 □2.情感性精神病 □3.妄想症 □4.其他 (請敘明精神症狀) | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址  (請詳細填寫) | 縣(市) 市 (區、鄉、鎮) 村(里) 鄰  路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址  (請詳細填寫) | 縣(市) 市 (區、鄉、鎮) 村(里) 鄰  路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | 與個案關係 | | | |  | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 □激躁不安 □自傷 □攻擊行為 □破壞 □強迫 □退縮 □整日臥床 □髒亂 □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，  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 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介目的 | □提供個案社區關懷追蹤  □提供個案精神衛生及藥物相關衛教資訊  □提供個案精神醫療就醫協助  □其他: | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介機構/單位 |  | 轉介人員 | | |  | | | | 主管核章 | | | | |  |
| 轉介日期 |  | 聯絡電話 | | |  | | | | 傳真電話  ※ 傳真電話：(03)-5355397 | | | | |  |
| 回覆處理情形  (應於接受轉介單後2週內回覆) | 1.社區關懷照護建議：□收案，(1)開案日期： 年 月 日  (2)協助事項：□轉介精神醫療服務 □收案追蹤及關懷  □其他，  □不收案：  □資料不足，無法評估收案與否。  □無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。  □不符收案標準，請 貴機關(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，  2.其他補充說明： | | | | | | | | | | | | | |
| 回覆日期 |  | 回覆者 | | |  | | | | 主管核章 | | | | |  |