|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **疑似精神病人個案轉介單** | | | | | | | | | | | |
| **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)** |  | | | | | | | | | | |
| **個案篩檢表** | ○有，請摘錄說明篩檢結果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ○無 | | | | | | | | | | |
| **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）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **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)** | | 姓名：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  職稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **聯繫方式**  **(必填，**  **至少擇一)** | | | 電話：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  電子郵件：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **網絡機關(構)轉介日期**  **(必填)** | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | | | | | | | | | | |
| **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)** | | |  | | |

**※轉介單填妥後請使用以下方式提供業務聯繫窗口謝佳蓉專案管理師，並輔以電話告知：**

**電話5355191\*503；傳真5355397；電子信箱：**[**h71136@hcchb.gov.tw**](mailto:h71136@hcchb.gov.tw)**。**