

疑似精神病人個案轉介單

轉介機構/單位

轉介來源 (必填)	<input type="checkbox"/> 自殺防治 <input type="checkbox"/> 物質濫用(<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 保護體系【 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="checkbox"/> 社福體系(<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 勞政體系 <input type="checkbox"/> 教育體系 <input type="checkbox"/> 警政體系 <input type="checkbox"/> 消防體系 <input type="checkbox"/> 社區民政體系(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別
婚姻狀況	<input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 分居 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 其他 <input type="radio"/> 不詳		
教育程度	<input type="radio"/> 國民小學教育 <input type="radio"/> 國民中學教育 <input type="radio"/> 初級職業學校教育 <input type="radio"/> 簡易師範學校教育 <input type="radio"/> 高級中學教育 <input type="radio"/> 高級職業學校教育 <input type="radio"/> 師範學校教育 <input type="radio"/> 專科學校教育 <input type="radio"/> 大學院校教育 <input type="radio"/> 研究所碩士班教育 <input type="radio"/> 研究所博士班教育 <input type="radio"/> 自修 <input type="radio"/> 其他 <input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 識字		
聯絡電話 (必填)			
個案訪視地址 (必填)			
個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無		
主要問題內容 (因精神疾病造成)	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險(<input type="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他(請描述)：_____ _____ _____ _____		

轉介目的 (必填)	<input type="checkbox"/> 協助個案精神狀況評估及轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 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)
網絡機關(構) 轉介日期 (必填)	_____年__月__日				
衛生局處理情形(必填)					
<input type="radio"/> 轉介醫療機構，受轉介機構：_____ 協助事項： <input type="checkbox"/> 協助評估精神狀況 <input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 提供後續追蹤及關懷 <input type="radio"/> 不轉介： <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估轉介與否。 <input type="checkbox"/> 無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要需求非衛生機關之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 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。