

# 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：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

(一) 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。

(二) 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。

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。

個案姓名		個案性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有，目前從事_____ <input type="checkbox"/> 無，失業多久_____		主要溝通語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他，_____	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 有偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士或以上		
疾病診斷類別	<input type="checkbox"/> 1.思覺失調症 <input type="checkbox"/> 2.情感性精神病 <input type="checkbox"/> 3.妄想症 <input type="checkbox"/> 4.其他 _____ (請敘明精神症狀)				
是否領有身心障礙證明或手冊	<input type="checkbox"/> 有，疾病診斷_____ 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 與個案同住 <input type="checkbox"/> 其他：    縣(市)    市(區、鄉、鎮)    村(里)    鄰 路(街)    段    巷    弄    號    樓		
主要症狀	情感： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 高亢 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 害怕 <input type="checkbox"/> 驚恐 <input type="checkbox"/> 生氣 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 其他 思考： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 語無倫次 <input type="checkbox"/> 思考不連貫 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 自殺意念 <input type="checkbox"/> 其他 知覺： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他 行為： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 躁動不安 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 攻擊行為 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 強迫 <input type="checkbox"/> 退縮 <input type="checkbox"/> 整日臥床 <input type="checkbox"/> 騷亂 <input type="checkbox"/> 其他		
病情摘要	服藥規則性： <input type="checkbox"/> 主動服藥 <input type="checkbox"/> 被動服藥 <input type="checkbox"/> 拒藥 <input type="checkbox"/> 自覺無效 <input type="checkbox"/> 不詳 用藥方式： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑 <input type="checkbox"/> 其他，_____ 日常生活影響： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自我照顧需督促 <input type="checkbox"/> 自我照顧需他人協助 <input type="checkbox"/> 不詳 物質濫用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠藥 <input type="checkbox"/> 管制藥品或毒品 <input type="checkbox"/> 不詳 其他問題：_____		
就醫情形	<input type="checkbox"/> 規則門診，醫院名稱：_____，看診醫師：_____，最近就醫日期_____ <input type="checkbox"/> 住院：上次住院日期：年 月 日至 年 月 日，醫院名稱：_____ 住院理由： <input type="checkbox"/> 強制住院 <input type="checkbox"/> 急性發病 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 未曾就醫，說明：_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
社政資源是否曾介入	<input type="checkbox"/> 是，介入日期：_____ 介入原因： <input type="checkbox"/> 兒少保護個案家庭 <input type="checkbox"/> 高風險家庭 <input type="checkbox"/> 家庭暴力事件 <input type="checkbox"/> 高危機個案 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 介入狀態： <input type="checkbox"/> 已服務結案 <input type="checkbox"/> 服務中 <input type="checkbox"/> 中斷服務，說明：_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭扶助 <input type="checkbox"/> 獨居老人 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他_____		
轉介單位已提供之服務說明			
其他相關資訊			
轉介目的	<input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 提供個案精神衛生及藥物相關衛教資訊 <input type="checkbox"/> 提供個案精神醫療就醫協助 <input type="checkbox"/> 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

<p>回覆處理情形 (應於接受轉介單 後 2 週內回覆)</p>	<p>1.社區關懷照護建議：<input type="checkbox"/>收案，(1)開案日期：__年__月__日          (2)協助事項：<input type="checkbox"/>轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/>收案追蹤及關懷  <input type="checkbox"/>其他，_____</p> <p><input type="checkbox"/>不收案：</p> <p><input type="checkbox"/>資料不足，無法評估收案與否。  <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"/>不符收案標準，請 貴機關(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，_____</p> <p>2.其他補充說明：</p>				
<p>回覆日期</p>		<p>回覆者</p>		<p>主管核章</p>	