

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	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他：				
照顧者姓名		關係		連絡電話	
照顧者地址	<input type="checkbox"/> 與個案同住 <input type="checkbox"/> 其他：				
病情摘要	<p>1. 近半年心理及行為問題：<input type="checkbox"/>情緒不穩定<input type="checkbox"/>自殺<input type="checkbox"/>自傷<input type="checkbox"/>暴力<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>2. 就醫及服藥問題：<input type="checkbox"/>規則就醫 <input type="checkbox"/>不規則就醫 <input type="checkbox"/>規則服藥 <input type="checkbox"/>不規則服藥</p> <p>3. 病識感：<input type="checkbox"/>完全不認為自己有精神疾病 <input type="checkbox"/>覺得自己有些狀況，但不認為是精神疾病所致，不願治療 <input type="checkbox"/>理智上知道自己生病了，情感上難接受，治療動機低</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>情感、理智均接受自己生病且需治療</p> <p>4. 社會功能：<input type="checkbox"/>願意與他人交談 <input type="checkbox"/>能適當表達想法 <input type="checkbox"/>能理解他人的話</p> <p>5. 整體家庭支持：<input type="checkbox"/>經濟支持<input type="checkbox"/>生活照顧<input type="checkbox"/>情緒支持<input type="checkbox"/>醫療照護<input type="checkbox"/>缺乏<input type="checkbox"/>其他</p> <p>6. 其他問題：_____</p> <p>7. 家系圖：</p>				
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。