

## 南投縣疑似精神病人個案轉介單

案號：

依據衛生福利部 113 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫制定

請 mail 至 a0933527902@gmail.com 或 傳真(049)2202659 (傳送後請來電確認是否收到)	聯絡電話： (049)2202662	轉介注意事項： 1. 須配合受理醫療機構共訪機制 2. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」
*身分證字號	*姓名	
*連絡電話	*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期
西元_____年__月__日，__歲		
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中 <input type="radio"/> 高職 <input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳	
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳	
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 無法告知，原因_____ *請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。	
*主要照顧者/ 重要關係者	姓名/_____關係/_____電話/是否同住： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 否 可協助訪視者，朋友/鄰里長/鄰居/社工	
*主要問題 內容	<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)：_____	
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無	
<b>轉介機構/單位</b>		
*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]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="radio"/> [社政]社福體系( <input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心( <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政]Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政、消防體系 <input type="radio"/> 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="radio"/> 其他：_____	

*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <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：_____				
*個案概況描述	最近一次訪視日期：__年__月__日，請具體描述。並敘明相關事件發生時間。				
備註	家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明				
*轉介單位			電子信箱		
*電話	電話：	分機	傳真		
*轉介日期		*轉介人 核章		*主管核 章	

衛生局處理情形

*衛生局初評紀錄					
衛生局初評日期	__年__月__日	評估人員		單位主管	

轉介醫療機構，受轉介機構：\_\_\_\_\_

個案已有診斷，改為高風險第1類收案

不轉介：

已為精神照護系統服務個案。

資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。

不符轉介目的，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（請簡述）：\_\_\_\_\_

[註：住院、門診/居家治療、自殺防治/心衛社工列管、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介]

衛生局 評估日期	____年____月____日	評估人員		單位主管	
衛生局 派案日期	____年____月____日	評估人員		單位主管	

醫療機構未能完成評估回覆單(給衛生局)

已於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，進行聯繫

住院，入住\_\_\_\_\_醫院

門診/居家治療

失聯

搬遷

家屬、個案拒絕接受服務

已前往，但無法成功接觸個案

羈押中

生理疾病住院

死亡

其他原因（請說明）：\_\_\_\_\_

其他補充事項：

*回覆日期	____年____月____日	*行政專案人員		*單位主管	
-------	-----------------	---------	--	-------	--