

115 年度疑似或社區精神病人個案轉介及回覆單/第 1、2 類轉介單

案號：

*為必填

請 mail 至 a0933527902@gmail.com 或傳真(049)2662119 (請來電確認是否收到) 聯絡電話：(049)2631925#104		轉介注意事項： 1. 請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2. 必須配合機構共訪機制，且個案、主要照顧者或具特別密切關係之人可聯繫。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4. 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"/> 高中職/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="checkbox"/> 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____		
請轉介單位務必告知將協助轉介衛生局/社區心理衛生中心及機構關懷訪視。			
*主要照顧者或具特別密切關係之人註1 (可協助訪視事宜者)	姓名：_____ / 關係 電話：_____ 是否同住： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
*收案條件	<input type="radio"/> 第 1 類：網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。 <input type="radio"/> 第 2 類：疑似精神病人被護送就醫未住院者。		
*個案過往就醫情形	<input type="radio"/> 未曾就醫，請說明：_____ <input type="radio"/> 曾就醫 醫療機構名稱：_____ 醫師姓名：_____		
疾病診斷 *請參閱代碼 對照表	主診斷：_____ 次診斷：_____		
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無		

第 1 類個案轉介機構/單位

*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系 1. 案件類型： <input type="checkbox"/> 家暴通報 <input type="checkbox"/> 性侵害通報 <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報 2. 進案身份： <input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="radio"/> [社政]社福體系 案件類型： <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 案件類型： <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"/> 警政體系 <input type="radio"/> 消防體系
-------	--

	<input type="radio"/> 民政體系 案件類型： <input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	<input type="radio"/> 社區民眾通知 <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	最近一次家訪日期：__年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 [轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視]				
備註					
*轉介單位	<input type="radio"/> 可配合共訪 <input type="radio"/> 無法配合共訪，原因：_____		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	

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 ☐ 是 ☐ 否 ☐
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？
(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 ☐ 否 ☐

3. **以前**他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 ☐ 否 ☐
4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 ☐ 否 ☐ (是請續填以下各項)
 - a. ☐ 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？
 - b. ☐ 他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例)
 - c. ☐ 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例)
 - d. ☐ 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - e. ☐ 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)
 - f. ☐ 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？是 ☐ 是 ☐ 否 ☐
6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K 他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 ☐ 否 ☐
7. 他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 ☐ 是 ☐ 否 ☐

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
 - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是☐ 否☐
 2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是☐ 否☐
 3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是☐ 否☐
 4. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是☐ 否☐ (是請續填以下各項)
 - a. ☐ 你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：你知道是哪些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)
 - b. ☐ 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - c. ☐ 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - d. ☐ 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：
☐ 你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？☐ 你聽到聲音在彼此講話嗎？
☐ 這些聲音會不會叫你去做事？☐ 叫你去傷害別人或傷害自己？
☐ 你以前有沒有真的聽他們的命令去做？☐ 做過哪些事情呢？
☐ 你如果不照做會發生甚麼事？
 - e. ☐ 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
 5. ☐ (轉介人自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？
 6. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是☐ 否☐
 7. 你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是☐ 否☐