|  |
| --- |
| **疑似精神病人個案轉介單** |
| **轉介機構/單位** |
| **轉介來源****(必填)** | □自殺防治□物質濫用(□酒癮 □藥癮 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□保護體系【□家暴通報(□相對人 □被害人) □性侵害通報(□相對人 □被害人) □兒少虐待通報】□社福體系(□脆弱家庭通報 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□勞政體系□教育體系□警政體系□消防體系□社區民政體系(□鄰里長或里幹事 □社區民眾)□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)** | ○男 ○女 ○多元性別 |
| **婚姻狀況** | ○已婚 ○鰥寡 ○同居 ○分居 ○離婚 ○未婚 ○其他 ○不詳 |
| **教育程度** | ○國民小學教育 ○國民中學教育 ○初級職業學校教育 ○簡易師範學校教育○高級中學教育 ○高級職業學校教育 ○師範學校教育 ○專科學校教育○大學院校教育 ○研究所碩士班教育 ○研究所博士班教育 ○自修 ○其他○不識字 ○識字 |
| **聯絡電話****(必填)** |  |
| **個案訪視地址****(必填)** |  |
| **個案篩檢表** | ○有，請摘錄說明篩檢結果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_○無 |
| **主要問題內容****(因精神疾病造成)** | □1.暴力攻擊或有暴力攻擊之虞：□傷人 □傷人之虞 □自傷 □自傷之虞□2.社區干擾/破壞：□公共危險 □公共危險之虞 □預期性傷害危險(○未曾發生過 ○曾經發生過)□3.因無接受治療而造成無法自我照顧（請描述）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□4.其他（請描述）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **轉介目的****(必填)** | □協助個案精神狀況評估及轉介醫療機構□建立個案病識感□建立就醫規則及服藥□提供精神疾病及藥物衛教□危機處理及提供短期就醫資源□提供個案社區關懷追蹤□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)** | 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電子郵件：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **網絡機關(構)轉介日期****(必填)** | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 |
| **衛生局處理情形(必填)** |
| ○轉介醫療機構，受轉介機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_協助事項：□協助評估精神狀況□轉介精神醫療服務 □提供後續追蹤及關懷○不轉介：□資料不足，無法評估轉介與否。□無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。□不符轉介標準，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\*167；傳真5355397；電子信箱：****h71136@hcchb.gov.tw****。**