

# 縣(市)政府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_____ ( <input type="checkbox"/> 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				

<p>主要症狀</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>知覺：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>幻聽 <input type="checkbox"/>幻視 <input type="checkbox"/>其他</p> <p>行為：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>激躁不安 <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</p>				
<p>病情摘要</p>	<p>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</p> <p>用藥方式：<input type="checkbox"/>口服 <input type="checkbox"/>針劑 <input type="checkbox"/>滴劑 <input type="checkbox"/>其他，_____</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>其他問題：_____</p>				
<p>就醫情形</p>	<p><input type="checkbox"/>規則門診，醫院名稱：_____，看診醫師：_____，最近就醫日期_____</p> <p><input type="checkbox"/>住院：上次住院日期：年 月 日至 年 月 日，醫院名稱：_____</p> <p>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_____</p> <p><input type="checkbox"/>未曾就醫，說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>不詳</p>				
<p>社政資源是否曾介入</p>	<p><input type="checkbox"/>是，介入日期：_____</p> <p>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：_____</p> <p>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：_____</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不詳 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><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_____</p>				
<p>轉介單位已提供之服務說明</p>					
<p>其他相關資訊</p>					
<p>轉介目的</p>	<p><input type="checkbox"/>提供個案社區關懷追蹤</p> <p><input type="checkbox"/>提供個案精神衛生及藥物相關衛教資訊</p> <p><input type="checkbox"/>提供個案精神醫療就醫協助</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>				
<p>轉介機構/單位</p>		<p>轉介人員</p>		<p>主管核章</p>	
<p>轉介日期</p>		<p>聯絡電話</p>		<p>傳真電話</p>	
<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</p> <p>(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</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>不符收案標準，請貴機關(構)持續關懷，必要時再轉介。</p> <p><input type="checkbox"/>個案主要需求非衛生機關之服務項目。</p> <p><input type="checkbox"/>考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。</p> <p><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>	