

臺南市政府社區精神病人轉介單

修訂日期：108 年 5 月 17 日

請傳真至 臺南市政府衛生局 心理健康科	聯絡電話： 06-2679751 轉 377 林個管師 (林森辦公室主責區別：東區、安南、安平、南區、中西、北區、歸仁、仁德)	傳真電話(Fax)： 06-2892125 (林森辦公室) d00052@tncghb.gov.tw
	06-6357716 轉 164 陳個管師(東興辦公室主責其餘 29 區)	06-6370007 (東興辦公室) d00061@tncghb.gov.tw

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、如有緊急個案需臺南市政府衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

個案姓名			個案性別	☐ 男 ☐ 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	☐ 有，目前從事_____ ☐ 無，失業多久_____		主要溝通語言		☐ 國語 ☐ 台語 ☐ 客語 ☐ 其他_____	
婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 有偶 ☐ 離婚 ☐ 喪偶	教育程度	☐ 國小以下 ☐ 國中 ☐ 高中職 ☐ 大專 ☐ 碩士或以上			
疾病診斷類別	☐ 1.思覺失調症 ☐ 2.情感性精神病 ☐ 3.妄想症 ☐ 4.其他 _____ (請敘明精神症狀)					
是否領有身心障礙證明或手冊	☐ 有，疾病診斷_____ 障礙等級： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度 ☐ 否 ☐ 不詳 ☐ 須重新鑑定，下次鑑定日期_____ (☐ 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	☐ 與個案同住 ☐ 其他： 縣(市) 市(區、鄉、鎮) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
主要症狀	儀表： ☐ 無異狀 ☐ 不合宜 ☐ 蓬頭垢面 ☐ 光鮮亮麗 ☐ 其他_____ 態度： ☐ 無異狀 ☐ 多疑 ☐ 有戒心 ☐ 敵視 ☐ 幼稚 ☐ 不合作 ☐ 其他_____ 情感： ☐ 無異狀 ☐ 低落 ☐ 高亢 ☐ 憂鬱 ☐ 緊張 ☐ 焦慮 ☐ 害怕 ☐ 驚恐 ☐ 生氣 ☐ 冷漠 ☐ 其他_____ 思考： ☐ 無異狀 ☐ 語無倫次 ☐ 思考不連貫 ☐ 妄想 ☐ 自殺意念 ☐ 意念飛躍 ☐ 答非所問 ☐ 其他_____ 知覺： ☐ 無異狀 ☐ 幻聽 ☐ 幻視 ☐ 其他_____ 行為： ☐ 無異狀 ☐ 急躁不安 ☐ 自傷 ☐ 攻擊行為 ☐ 破壞 ☐ 強迫 ☐ 退縮 ☐ 整日臥床 ☐ 騷亂 ☐ 其他_____ 睡眠： ☐ 無異狀 ☐ 失眠 ☐ 嗜睡 ☐ 其他_____			
病情摘要	服藥規則性： ☐ 主動服藥 ☐ 被動服藥 ☐ 拒藥 ☐ 自覺無效 ☐ 不詳 用藥方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 滴劑 ☐ 其他，_____ 日常生活影響： ☐ 無 ☐ 自我照顧需督促 ☐ 自我照顧需他人協助 ☐ 不詳 物質濫用： ☐ 無 ☐ 酒 ☐ 安眠藥 ☐ 管制藥品或毒品 ☐ 不詳 其他問題：_____			
就醫情形	☐ 規則門診，醫院名稱：_____，看診醫師：_____，最近就醫日期_____ ☐ 住院：上次住院日期： 年 月 日至 年 月 日，醫院名稱：_____ 住院理由： ☐ 強制住院 ☐ 急性發病 ☐ 自傷 ☐ 傷人 ☐ 自殺 ☐ 其他_____ ☐ 未曾就醫，說明：_____ ☐ 不詳			
社政資源是否曾介入	☐ 是，介入日期：_____ 介入原因： ☐ 兒少保護個案家庭 ☐ 高風險家庭 ☐ 家庭暴力事件 ☐ 高危機個案 ☐ 其他：_____ 介入狀態： ☐ 已服務結案 ☐ 服務中 ☐ 中斷服務，說明：_____ ☐ 否 ☐ 不詳 ☐ 其他_____			
	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 身心障礙生活補助 ☐ 特殊境遇家庭扶助 ☐ 獨居老人 ☐ 不詳 ☐ 其他_____			
轉介單位已提供之服務說明				
其他相關資訊				
轉介目的	☐ 提供個案社區關懷追蹤 ☐ 提供個案精神衛生及藥物相關衛教資訊 ☐ 提供個案精神醫療就醫協助 ☐ 其他：_____			
轉介機構/單位		轉介人員		主管核章
轉介日期		聯絡電話		傳真電話
回覆處理情形 (應於接受轉介單後2週內回覆)	1.社區關懷照護建議： ☐ 收案，(1)開案日期：__年__月__日 (2)協助事項： ☐ 轉介精神醫療服務 ☐ 收案追蹤及關懷 ☐ 其他，_____ ☐ 不收案： ☐ 資料不足，無法評估收案與否。 ☐ 無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 ☐ 不符收案標準，請 貴機關(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，_____			
回覆日期		回覆者		主管核章