|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**](mailto: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** | | ○男○女○多元性別 | | | | **\*出生日期** | | 西元\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日，\_\_歲 | | | | |
| **\*教育程度** | | ○不識字 ○國小 ○國中 ○高中 ○高職 ○專科 ○大學 ○碩士或以上○不詳 | | | | | | | | | | |
| **\*婚姻狀況** | | ○未婚○已婚 ○離婚 ○鰥寡 ○不詳 | | | | | | | | | | |
| **\*計畫轉介**  **告知** | | ○已告知主要照顧者 ○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：○是、○否  可協助訪視者，朋友/鄰里長/鄰居/社工 | | | | | | | | | | |
| **\*主要問題**  **內容** | | □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）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **\*個案篩檢表** | | ○有，請摘錄說明篩檢結果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_○無 | | | | | | | | | | |
| **轉介機構/單位** | | | | | | | | | | | | |
| **\*轉介來源** | ○[社政]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】  ○[社政]社福體系(□脆弱家庭通報 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ○[衛政]自殺通報  ○[衛政]毒防中心(□酒癮 □藥癮 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ○[衛政] Call center精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線  ○勞政體系  ○教育體系  ○警政、消防體系  ○社區民政體系(□鄰里長或里幹事 □社區民眾)  ○其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **\*轉介目的** | □協助精神狀況評估  □協助轉介醫療機構  □提供精神心理社會處置及衛生教育  □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **\*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** |  |