

疑似精神病患護送鑑定及就醫方案通報單

通報日期： 年 月 日

| | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|---|
| 個案姓名 | | 出 年 月 日 | 生 日 | 年 月 日 | 個案性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 個案身分證字號 | 列案管理狀 | <input type="checkbox"/> 新案 <input type="checkbox"/> 不符合 | <input type="checkbox"/> 舊案 <input type="checkbox"/> 收案 | 戶籍所在地 | | |
| 個案現住址 | | | | | | |
| 發現人姓名 | 發現地點 | | | | | |
| 主要照顧者姓名 | 與個案關係 | | | | | |
| 照顧者聯絡地址、電話 | | | | | | |
| 通報單位 | <input type="checkbox"/> 警察局 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 消防局 <input type="checkbox"/> 衛生局 | 協助護送單位 | <input type="checkbox"/> 警察局 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 社會局 | <input type="checkbox"/> 消防局 <input type="checkbox"/> 衛生局 | |
| 護送人員簽 | <input type="checkbox"/> 警察局：_____ | | <input type="checkbox"/> 消防局：_____ | | <input type="checkbox"/> 衛生所：_____ | |
| 送達醫院簽 | 醫院章 | | 鑑定醫師簽章 | | | |
| 醫處置情形 | <input type="checkbox"/> 急診留觀 <input type="checkbox"/> 急性住院治療 <input type="checkbox"/> 轉院 | 接受病患轉院醫院名稱 | | | | |
| 個案疾病診斷 | <input type="checkbox"/> 1.精神分裂病 <input type="checkbox"/> 2.情感性精神病 <input type="checkbox"/> 3.妄想性精神病 <input type="checkbox"/> 4.器質性精神病 <input type="checkbox"/> 5.物質濫用 <input type="checkbox"/> 6.老年及初老期精神病(失智症) <input type="checkbox"/> 7.智障合併精神病 <input type="checkbox"/> 8.不詳 <input type="checkbox"/> 9.其他： | | | | | |
| 問題內容 | <input type="checkbox"/> 1.暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 2.自殺自傷 <input type="checkbox"/> 3.意識干擾 <input type="checkbox"/> 4.藥物中毒 <input type="checkbox"/> 5.干擾破壞 <input type="checkbox"/> 6.精神病惡化 <input type="checkbox"/> 7.不願就醫 <input type="checkbox"/> 8.退化無法自我照顧 <input type="checkbox"/> 9.無法判定，有爭議 <input type="checkbox"/> 10.其他： 請描述： | | | | | |
| 備註 | 一、本表格由護送人員填寫五份後送達醫院、衛生局、警察局、社會局、衛生所各留存一份。 二、護送單位應於送達醫院簽章後即刻送各單位以收時效。 | | | | | |

第一聯：寄送醫院