

114 年度新竹市疑似精神病人個案轉介單及回覆單/第 4 類轉介單

***為必填**

修訂日期：2025/1/17

請 EMAIL 至 hcchbmhs@ems.hccg.gov.tw	新竹市社區精神 照護專線 (03)5355276 新竹市衛生局林督導	轉介注意事項： 1. 請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2. 必須配合醫療機構共訪機制，且個案/家屬可聯繫。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4. 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	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元____年__月__日，__歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中 <input type="radio"/> 高職 <input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 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： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 否 可協助訪視事宜者，關係：配偶/子女/鄰里長/社工/其他：_____		
*主要問題內容	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險(<input type="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他(請描述)：_____		
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無，請敘明原因：_____		
第 4 類個案轉介機構/單位			
*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系【 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="radio"/> [社政]社福體系(<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政] <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 網癮 <input type="checkbox"/> Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政、消防體系 <input type="radio"/> 社區民政體系(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="radio"/> 其他：_____		
*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

*個案概況 描述	最近一次家訪日期：___年___月___日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀相關事件發生時間。 〔轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視〕				
	備註				
*轉介單位	<input type="radio"/> 可配合共訪 <input type="radio"/> 無法配合共訪		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	

114 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(衛生局處理情形)

*衛生局 家訪紀錄	訪視日期：				
*衛生局 家訪人員核章		*督導核章		*單位主管核章	<small>執秘或科長核章</small>
<input type="radio"/> 轉介醫療機構，由 <input type="radio"/> 國軍新竹分院 <input type="radio"/> 能清安欣診所 <input type="radio"/> 林正修診所 提供評估服務 <input type="radio"/> 個案有診斷，改為高風險第1類收案，由_____提供服務 <input type="radio"/> 為衛生局服務個案，由 <input type="checkbox"/> 公共衛生護理師 <input type="checkbox"/> 社區關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 心衛社工 <input type="checkbox"/> 自殺防治關懷員 關懷中。請聯繫_____，電話：_____分機_____。					
<input type="radio"/> 暫不轉介： <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> 個案主要需求非衛生機關之服務項目，不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____					
〔註：已住院、門診/居家治療、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介〕					
衛生局 派案日期	114 年___月___日	評估人員		單位主管	<small>執秘或科長核章</small>

114 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(醫療機構回覆給衛生局)

已於__年__月__日，進行聯繫

住院，入住_____醫院

門診/居家治療

失聯(已依失聯 SOP 處理)

搬遷

拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理)

已__年__月__日 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(請簡述)：_____

其他補充事項：

*醫院 回覆日期	114 年 月 日	*經辦人員核章		*單位主管 核章	
*衛生局 回覆日期	114 年 月 日	*衛生局 人員核章		*衛生局主管 人員核章	執秘或科長核章