

傳真電話：03-5355397
電子郵件：71117@ems.hccg.gov.tw

聯絡電話：03-5355191*501
夜間及假日緊急聯絡電話：0912-235020

新竹市政府自殺高風險個案轉介單

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

個案陳述近一星期曾有具體自殺(以死亡為目的)想法

*自殺企圖及自殺死亡個案請上衛生福利部自殺防治通報系統通報系統

(<https://sps.mohw.gov.tw/Account/IndexInform>)通報

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

(一)基本資料：		2、*身分證統一編號(或居留證號碼)：	
1、*個案姓名：	_____ (必填)	_____ (必填)	
3、*性別：	_____	4、是否為原住民：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、*電話(日)：	_____ (必填)	6、*電話(夜)：	_____ (必填)
7、手機：	_____	8、*年齡：	(出生： 年 月 日)
9、婚姻狀況：	_____	10、教育程度：	_____
11、就業情況：	<input type="checkbox"/> 有，目前從事_____	<input type="checkbox"/> 無，失業多久_____	
12、戶籍住址：	_____ 縣/市 _____ 鄉/鎮/市/區 _____ 村/里 _____		
13、*居住住址：	新竹市 _____ 區 _____ 里 _____		(必填)
14、聯絡人姓名：	_____	15、關係：	_____
16、聯絡人電話：	_____	17、聯絡人手機：	_____
18、*轉介日期：	20 年 月 日		
20、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務：		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
(務必告知會提供資料給衛生局)		簽名： _____	
21、*轉介機關(構)個案處置情形：			
◎是否已開案？ <input type="checkbox"/> 是，已提供_____服務 <input type="checkbox"/> 否 _____			
◎轉介後，是否繼續服務個案？ <input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否 _____			
◎希望衛生機關對個案提供何種服務？			
<input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 轉介心理輔導 <input type="checkbox"/> 收案關懷及追蹤 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
◎檢附相關評估表供參 <input type="checkbox"/> 有 _____ <input type="checkbox"/> 無 _____			
23. *其他相關資訊(建議提供資訊：自殺史、自殺計畫、疾病史、家庭狀況、藥酒癮等)：			
轉介機關(構)：		轉介人員：	單位主管：
電 話：		傳 真：	
		轉介日期： 年 月 日	