

個案轉介單 / *為必填

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| 聯絡電話：(03)5355279 新竹市衛生局 聯絡人：謝督導 電子郵件：hcchbmhs@ems.hccg.gov.tw | | 轉介注意事項： 1.請確認個案目前無接受機構照護服務。 2.必須配合機構共訪機制，且個案、主要照顧者或具特別密切關係之人可聯繫。 3.由轉介方協助聯繫案家，俾利社區心理衛生中心及醫療團隊進行初次訪視。 | |
| *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"/> 高中職/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="checkbox"/> 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ 請轉介單位務必告知將協助轉介衛生局/社區心理衛生中心及機構關懷訪視。 | | |
| *可協助訪視事宜者 | 姓名：_____ /關係 _____ 電話：_____ 是否同住： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 | | |
| *收案條件 | <input type="radio"/> 第1類：網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。 | | |
| | <input type="radio"/> 第2類：疑似精神病人被護送就醫未住院者。 | | |
| | <input type="radio"/> 精神照護資訊管理系統服務中，級數： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 心衛社工。 | | |
| *個案過往就醫情形 | <input type="radio"/> 未曾就醫，請說明：_____ <input type="radio"/> 曾就醫：就醫地點_____ 診斷_____ | | |
| *個案篩檢表 | <input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無，請說明無法提供緣由：_____ | | |
| 第1類個案轉介機構/單位 | | | |
| *轉介來源 | <input type="radio"/> [社政]保護體系 1.案件類型： <input type="checkbox"/> 家暴通報 <input type="checkbox"/> 性侵害通報 <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報 2.進案身份： <input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="radio"/> [社政]社福體系 案件類型： <input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="radio"/> [衛政]毒防中心 案件類型： <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="radio"/> [衛政] Call center精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政體系 <input type="radio"/> 消防體系 <input type="radio"/> 民政體系 案件類型： <input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="radio"/> 社區民眾通知 <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：_____ | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------|-----------|---------------------|
| <p>*三個月內 異常徵象</p> | <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 自言自語 <input type="checkbox"/> 不切實際言論 <input type="checkbox"/> 思緒跳躍 <input type="checkbox"/> 答非所問 <input type="checkbox"/> 自笑 <input type="checkbox"/> 妄想干擾(政治、被害、宗教、誇大妄想等) <input type="checkbox"/> 暴力行為(含攻擊或破壞物品) <input type="checkbox"/> 怪異行為及言論 <input type="checkbox"/> 焦躁不安 <input type="checkbox"/> 憂鬱負面思考 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 衣著不適切 <input type="checkbox"/> 不適切的情緒反應(淡漠、易怒等) <input type="checkbox"/> 睡眠需求變多或減少 <input type="checkbox"/> 社區干擾 <input type="checkbox"/> 性格改變 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | |
| <p>*個案概況描述</p> | <p>最近一次家訪日期：_____年____月____日，除訪視概況外，另請針對上述勾選異常徵象，條列式敘明，並具體呈現發生時間及內容。 [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]</p> | | | |
| <p>備註</p> | | | | |
| <p>*電話</p> | <p>電話：</p> | <p>分機</p> | <p>傳真</p> | |
| <p>*轉介日期</p> | | <p>*轉介人核章</p> | | <p>*主管核章</p> |

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

填答日期： 年 月 日

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
 - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
 2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
-
3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 否 (是請續填以下各項)
 - a. 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？
 - b. 他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例) _____
 - c. 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例) _____
 - d. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - e. 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)
 - f. 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
 5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 否
 6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
 7. 他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

填答日期： 年 月 日

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
 - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
 2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 4. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 否 (是請續填以下各項)
 - a. 你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：你知道是哪些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)

 - b. 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - c. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - d. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：
 你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？ 你聽到聲音在彼此講話嗎？
 這些聲音會不會叫你去做事？ 叫你去傷害別人或傷害自己？
 你以前有沒有真的聽他們的命令去做？ 做過哪些事情呢？_____
 你如果不照做會發生甚麼事？_____
 - e. 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
 5. (轉介人自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？
 6. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
 7. 你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否