

新竹市衛生局社區心理衛生中心

護理諮詢/共案訪視轉介單

轉介日期： 年 月 日

(必填)請轉介人員先確認個案(家屬)是否願意接受衛生局人員訪視評估及轉介服務：是 否

轉介來源 (必填)	<input type="checkbox"/> 一般社區民眾 <input type="checkbox"/> 網絡內單位： <input type="checkbox"/> 社區關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 自殺關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 藥癮(毒品)個管員 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 網絡外單位： <input type="checkbox"/> 警消 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 其他_____		
個案姓名		身分證字號	
出生日期	____年____月____日，____歲	生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別_
聯絡電話		職業	
聯絡地址			
居住現況 (必填)	<input type="checkbox"/> 獨居(請填可協同訪視資源者聯絡資訊)：姓名：_____，電話_____ <input type="checkbox"/> 有與人同住， 主要照顧者：姓名：_____，電話：_____，關係：_____ 姓名：_____，電話：_____，關係：_____		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 不詳		
教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/職 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其他_____		
過去病史/ 就醫情形 (必填)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，曾經或現在看過身心科，醫療院所：_____ 診斷或問題：_____，最近一次就醫日期：_____		

被轉介者現況 (必填)	嚴重度分級:(註1) 1. 精神: <input type="checkbox"/> 輕:明顯的精神症狀(幻聽、幻覺、妄想、自語)干擾,但提醒下可控制,目前有精神疾病相關藥物服用。 <input type="checkbox"/> 中:受到明顯精神症狀(幻聽、幻覺、妄想、自語)干擾天數頻繁(每週>5天以上),且伴隨生理機能因此受限困難者。 <input type="checkbox"/> 重:出現急性精神病徵(幻聽、幻覺、妄想、瞻妄)且有自傷、傷人之虞。 2. 睡眠: <input type="checkbox"/> 輕:睡眠容易中斷,但個案平日有安眠藥物可輔助睡眠。 <input type="checkbox"/> 中:難以維持睡眠且連續三天皆睡眠總時數一天少於4小時,於服用安眠藥物效果仍顯不彰。 <input type="checkbox"/> 重:明顯因精神症狀(幻聽、幻覺、妄想、自語)干擾導致無法順利入睡,且伴隨出現行為紊亂(定向感不清楚、無意義的反覆動作、半夜夢遊外出...等)情形。 3. 藥物: <input type="checkbox"/> 輕:服藥遵從性低、病識感差,缺乏藥物衛教。 <input type="checkbox"/> 中:連續7天未規則服藥且明顯精神症狀起伏(幻聽、幻覺、妄想)。 <input type="checkbox"/> 重:未依醫囑規定服藥,且有自傷、傷人等危及生命安全之行為。 4. 成癮:(酒精) <input type="checkbox"/> 輕:偶爾使用,提醒下可控制,能接受轉介資源。 <input type="checkbox"/> 中:每週使用三天以上,缺乏戒酒動機,無取得資源。 <input type="checkbox"/> 重:每週飲酒五天以上,出現戒斷症狀(幻覺、手抖、盜汗等),且已有明顯影響大腦功能判斷(定向感、記憶力...等)情形。 其他(詳述): _____。				
轉介期待 (必填)	<input type="checkbox"/> 精神症狀嚴重度評估及判斷就醫程度 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教 <input type="checkbox"/> 成癮戒斷相關諮詢 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 緊急危機處理及提供就醫資源 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
轉介單位		轉介人員		主管核章	
聯繫方式 (必填)	電話: _____ 電子郵件: _____	傳真電話		轉介日期	____年__月__日

*註1:依嚴重度分級至少2中度或1重度,護理共訪/諮詢次數最多不超過四次。

評估結果 (護理師填寫)	★是否提供護理諮詢/共訪服務: <input type="checkbox"/> 是;提供護理諮詢/共訪服務,依專業評估提供下列: <input type="checkbox"/> 精神症狀嚴重度評估 <input type="checkbox"/> 精神症狀判斷就醫程度 <input type="checkbox"/> 生理疾病相關評估衛教 <input type="checkbox"/> 藥物遵從性 <input type="checkbox"/> 失眠衛教 <input type="checkbox"/> 成癮及戒斷諮詢 <input type="checkbox"/> 否;不提供護理諮詢/共訪服務,說明: _____ 護理師: _____ 督導: _____ 時間: ____年__月__日
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------