

臺南市政府衛生局

103.11.20制定

106.01.05修訂

110.01.27修訂

精神復健機構暨精神護理之家結案轉介單

通報機構名稱		入住日期	年 月 日	結案日期	年 月 日
結案結果	<input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入監 <input type="checkbox"/> 轉其他機構(含住院): 名稱: _____ 電話: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____				
個案姓名		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學		
診斷	<input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 妄想症 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 其他		婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	
社會資源	醫療保險: <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他 重大傷病卡: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不清楚 精神殘障證明: <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度(PS: 其他障別不須通報) 經濟補助: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低收入戶補助 <input type="checkbox"/> 殘障津貼 <input type="checkbox"/> 其他				
家屬聯絡人		關係		電話1	
通訊地址				電話2	
病情(結案)摘要					
轉介人員 簽章		聯絡電話		傳真電話	

- 備註：1. 依據精神衛生法第35條，所指精神醫療照護，涵蓋社區精神復健，且同法第38條第2款規定，精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。
2. 請機構於個案結案（離開社會福利機構或其他收容機構）時填妥上述資料，以傳真（FAX：06-6370007）並來電確認，免備文方式，通報本局心理健康科個管師（聯絡電話：06-6357716轉164），以提供精神病人社區追蹤保護及轉銜各項資源之追蹤關懷服務。