

臺南市政府衛生局

103.11.20制定
106.01.05修訂
110.01.27修訂

精神病人(一般護理機構或社福及長照機構)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31條規定, 社會福利機構及其他收容或安置民眾長期生活居住之機構或場所, 於病人離開時, 應即通知其住(居)所在地直轄市、縣(市)主管機關予以追蹤保護, 並給予必要之協助。
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。