

臺南市疑似社區精神病人轉介單

/第4類轉介單 *為必填

110.11.02核定
第5版 113.02.15核定

臺南市政府衛生局心理健康科 傳真:06-6520271(鹽水心衛中心)	請郵寄至： b00089@tncghb.gov.tw 蔡宛岑護理師 聯絡電話：06-6521103轉212	轉介注意事項： 1. 須配合受理訪視單位共訪 2. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病人簡易篩檢表」
--	--	--

個案基本資料及樣態

*身分證字號		*姓名	
*出生日期	西元____年__月__日，____歲	*性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元性別
*聯絡電話	室內電話：()_____ 個案手機：_____		
*訪視地址	____市(縣)____區____里____鄰____路(街)____段____巷 ____弄____號____樓		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 不詳		
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 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士或以上 <input type="checkbox"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="checkbox"/> 已告知主要照顧者/重要關係人：_____ <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ ※請務必告知以利後續訪視進行，避免轉介後家屬拒訪。		
*主要照顧者/重要關係者	姓名：_____關係：_____電話：_____同住：○是 ○否 其他可協助訪視者(關係.姓名.聯繫方式)：_____		
*疑似精神病人篩檢表	*請務必填報附件1，未填報者需補正資料再行轉介。		

*精神症狀表現	儀表： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 裝扮不合宜 <input type="checkbox"/> 儀容髒亂、身上有明顯異味 <input type="checkbox"/> 其他_____ 情感： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 高昂 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 情感表現不適切 <input type="checkbox"/> 情緒起伏大 <input type="checkbox"/> 其他_____ 思考： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 自殺意念 <input type="checkbox"/> 有想攻擊他人想法 <input type="checkbox"/> 言談跳題不連貫 <input type="checkbox"/> 無法切題回應 <input type="checkbox"/> 語無倫次 <input type="checkbox"/> 不符合現實的想法，例如：誇大、被害感、不當關係聯想..等， 請舉例簡述：_____
	知覺： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 聽幻覺 <input type="checkbox"/> 視幻覺 <input type="checkbox"/> 嗅幻覺 <input type="checkbox"/> 觸幻覺 <input type="checkbox"/> 其他_____ 行為： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 自言自語 <input type="checkbox"/> 退縮 <input type="checkbox"/> 四處遊蕩 <input type="checkbox"/> 怪異行為，請簡述：_____ <input type="checkbox"/> 攻擊行為 <input type="checkbox"/> 破壞行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 活動量低 <input type="checkbox"/> 活動量高 <input type="checkbox"/> 坐立不安 <input type="checkbox"/> 激動不安 <input type="checkbox"/> 強迫行為 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 整日躺床 <input type="checkbox"/> 傻笑 <input type="checkbox"/> 其他_____ 自我照顧能力退化： <input type="checkbox"/> 是(○拒絕沐浴或維持身體清潔 ○拒食或食用不潔食物) <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____ 社交能力退化或喪失： <input type="checkbox"/> 是(○拒絕外出○拒絕與他人交談○跟他人交談互動有困難) <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 其他_____

*主要問題內容	<input type="checkbox"/> 暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 自殺自傷 <input type="checkbox"/> 因無接受治療而退化/無法自我照顧 <input type="checkbox"/> 其他(請描述)：_____
---------	---

轉介機構/單位

*轉介來源	<input type="checkbox"/> [社政]保護體系： <input type="checkbox"/> 性侵害通報(○相對人○被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報 <input type="checkbox"/> 家暴通報(○相對人 ○被害人) <input type="checkbox"/> [社政]社福體系：○脆弱家庭通報 ○其他_____ <input type="checkbox"/> [衛政]：○心衛中心職類 ○自殺通報 ○____區衛生所 ○毒防中心 <input type="checkbox"/> Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 ○其他_____ <input type="checkbox"/> 勞政體系 <input type="checkbox"/> 教育體系 <input type="checkbox"/> 警政、消防體系 <input type="checkbox"/> 社區民政體系(○鄰里長或里幹事 ○社區民眾) <input type="checkbox"/> 其他_____
-------	---

轉介單位介入狀態	<input type="checkbox"/> 已服務結案 <input type="checkbox"/> 服務中 <input type="checkbox"/> 中斷服務，原因：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
----------	---

*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助個案精神狀態評估 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會資源及衛生教育 <input type="checkbox"/> 提供個案社區追蹤關懷 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫處置 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構(○住院/門診資訊 ○優化計畫) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
個案概況描述	最近一次訪視日期：____年____月____日，請敘明相關事件發生時間及重點經過。				
備註	家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明。				
*轉介單位		*轉介人員 核章	姓名：_____ _____ 職稱：_____	*聯繫方式	電話：_____ 傳真：_____ 電子郵件：_____
*網絡機關(構)轉介日期	西元____年____月____日	單位主管核章			
衛生局處理情形					
*衛生局 初評紀錄					
<input type="checkbox"/> 轉介醫療機構，受轉介機構：_____，轉介日期：西元____年____月____日 協助事項：○協助評估精神狀態 ○轉介精神醫療服務 ○後續追蹤及關懷 ○其他_____ <input type="checkbox"/> 個案已有精神科診斷，改為高風險第1類派案予優化計畫，派案日期：西元____年____月____日 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">○將轉介至委辦醫療機構進行後續評估，請原轉介單位盡速協調配合醫療機構共同訪視。</div> <input type="checkbox"/> 處遇後個案符合精神照護系統診斷，將予收案追蹤，收案日期：西元____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不轉介/不收案： ○已為精神照護資訊系統服務個案。 ○資料不足，無法評估轉介/收案與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 ○不符轉介標準，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 ○個案主要需求非衛生機關之服務項目。 ○考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 ○其他原因(請描述)：_____ <p style="margin-top: 10px;">[註：住院、門診/居家治療、自殺防治/心衛社工列管、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介]</p>					
衛生局 回覆日期	西元____年____月____日	回覆人員		單位主管	
*電話	(06) 分機				

衛生局 派案日期	西元____年____月____日	評估人員		單位主管	
-------------	-------------------	------	--	------	--

醫療機構未能完成評估回覆單(給衛生局)

已於____年____月____日，進行聯繫

- 個案及家屬拒絕接受優化服務
- 無法聯繫/不知去向
- 入住_____醫院精神病房
- 生理疾病住院中
- 入監所服刑
- 個案死亡
- 其他原因（請說明）：_____

其他補充事項：

*回覆日期	西元____年____月____日	*行政專案人員		*單位主管	
-------	-------------------	---------	--	-------	--

(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

- 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？是 否、或煩躁容易生氣？是 否
2. 當他有情緒狀況，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？是 否
請簡述事件發生時間與過程：_____
3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？是 否
請簡述事件發生時間與過程：_____
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 (是則請續填以下各項)
 - 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？
若有，請舉例：_____
 - 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，請舉例：_____
 - d. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？
若有，請舉例：_____
 - e. 你曾經聽到他自言自語嗎？或說他聽到別人聽不到的聲音？(若有，請繼續澄清及舉例)
 - 他有沒有說聽到的聲音是在批評他或是什麼類型？_____
 - 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？_____
 - 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？(確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
若有，請舉例：_____
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
種類：_____ 頻率：_____ 飲酒量：_____

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人(個案)版**使用注意事項**

- 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？是 否、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
請簡述事件發生時間與過程：_____
3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？是 否
請說明事件發生時間與過程：_____
4. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 否 (則請續填以下各項)
 - 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，請繼續澄清：你知道是那些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？) 若有，請舉例：_____
 - 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，請受訪者舉例子，並繼續澄清)：
 - 你聽到的是什麼樣的聲音？_____
 - 你聽到聲音在彼此講話嗎？講什麼話？講話的人是誰？_____
 - 這些聲音會不會叫你去做事？做什麼事？_____
 - 這些聲音會叫你去傷害別人或傷害自己嗎？_____
 - 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呢？_____
 - 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)個案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
種類：_____ 頻率：_____ 飲酒量：_____