

臺南市疑似社區精神病人轉介單

110.11.02核定
第5版 113.02.15核定
第6版 113.12.09修訂

<p>臺南市政府衛生局-心理健康科 郵寄：b00089@tncghb.gov.tw 傳真：06-6520271 電話：06-6521103轉212 承辦人：鹽水心衛中心-蔡宛岑護理師</p>	<p>●轉介注意事項： 1. 請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2. 必須配合醫療機構共訪機制，且個案/家屬可聯繫。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」。</p>
個案基本資料及樣態	
*身分證字號	*姓名
*出生日期	*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 *同住者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____
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/職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士或以上 <input type="checkbox"/> 不詳
*主要照顧者/ 重要關係者 (請務必告知轉介事宜)	姓名：_____關係：_____電話：_____同住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已告知預計轉介醫療機構關懷，避免主要照顧者接受訪視時，感受唐突。 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ *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	<input type="checkbox"/> 已填寫 <input type="checkbox"/> 無法填寫(請說明原因)_____ *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(<input type="checkbox"/> 拒絕沐浴或維持身體清潔 <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 拒絕外出 <input type="checkbox"/> 拒絕與他人交談 <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> [社政]社福體系： <input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他(如長照單位等)_____ <input type="checkbox"/> [衛政]： <input type="checkbox"/> 心衛中心職類 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> _____區衛生所 <input type="checkbox"/> 毒防中心(<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮) <input type="checkbox"/> Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="checkbox"/> 其他_____
轉介單位介入狀態	<input type="checkbox"/> 服務中 <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 非服務單位 <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：_____	
	最近一次家訪日期：__年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 [轉介單位應有近期面訪個案本人紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視]	
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(務必填寫)：_____
*網絡機關(構)轉介日期	西元____年____月____日	單位主管核章

衛生局-疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單 個案：_____			
*衛生局初評紀錄	<input type="checkbox"/> 轉介優化計畫，將由衛生福利部嘉南療養院及其協辦醫院提供評估服務，請轉介單位依據醫療團隊訪視時間聯繫個案配合，並協助共訪。 ○疑似精神病個案(第4類) ○確診精神診斷個案(第1類) <input type="checkbox"/> 由衛生局服務個案(○精神照護系統/心衛社工 ○自殺防治系統 ○毒防 ○心衛中心職類 ○其他____) 請聯繫_____，電話：_____分機_____。 <input type="checkbox"/> 暫不轉介/不收案 <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要需求非衛生機關服務項目/不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 其他原因(○住院/機構○門診/居家治療○搬遷○拒訪○羈押中○重複轉介○死亡○其他____)		
回覆日期	年 月 日	回覆人員	單位主管核章
*聯繫電話 ()	分機		

優化計畫醫療團隊-疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單			
優化團隊於 年 月 日聯繫後，因下列原因未開案 <input type="checkbox"/> 已入住_____醫院精神科病房 <input type="checkbox"/> 已至精神科門診或居家治療中 <input type="checkbox"/> 搬遷 <input type="checkbox"/> 個案及家屬拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理) <input type="checkbox"/> 生理疾病住院	優化團隊於 年 月 日前往後無法成功接觸個案 <input type="checkbox"/> 羈押中 <input type="checkbox"/> 失聯(已依失聯 SOP 處理) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他原因(請簡述)：_____ 其他補充事項：_____	經辦人員核章	單位主管核章
*回覆日期	年 月 日		
*聯繫電話 ()	分機		

(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 (是則請續填以下各項)
 - 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：_____