**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

第6版 113.12.09修訂

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | **●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」。 | | | | | | |
| **個案基本資料及樣態** | | | | | | | | | | |
| ＊**身分證字號** |  | | | | | ＊**姓名** | | |  | |
| ＊**出生日期** | \_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日，\_\_\_\_歲 | | | | | ＊**性別** | | | □男 □女 □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：○無 ○有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **婚姻狀況** | □未婚 □已婚 □離婚 □鰥寡 □不詳 | | | | | | | | | |
| **教育程度** | □不識字 □國小 □國中 □高中/職 □專科 □大學 □碩士或以上 □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：○是 ○否  □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。  □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** | □已填寫 □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**：□無異狀□裝扮不合宜□儀容髒亂、身上有明顯異味□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **情感**：□無異狀□低落□高昂□易怒□情感表現不適切□情緒起伏大□其他\_\_\_\_\_\_\_\_  **思考**：□無異狀□自殺意念□有想攻擊他人想法□言談跳題不連貫□無法切題回應  □語無倫次□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**：□無異狀□聽幻覺□視幻覺□嗅幻覺□觸幻覺□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **行為**：□無異狀□自言自語□退縮□四處遊蕩□怪異行為，**請簡述：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □攻擊行為□破壞行為□自傷行為□活動量低□活動量高□坐立不安  □激動不安□強迫行為□失眠□整日躺床□傻笑□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **自我照顧能力退化**：□是(○拒絕沐浴或維持身體清潔 ○拒食或食用不潔食物)  □無異狀 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **社交能力退化或喪失**：□是(○拒絕外出○拒絕與他人交談○跟他人交談互動有困難)  □無異狀 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| ＊**主要問題內容** | □暴力攻擊 □干擾 □破壞 □自殺自傷 □因無接受治療而退化/無法自我照顧  □其他(請描述)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **轉介機構/單位** | | | | | | | | | | |
| ＊**轉介來源** | □[社政]保護體系：□性侵害通報(○相對人○被害人) □兒少虐待通報  □家暴通報(○相對人 ○被害人)  □[社政]社福體系：○脆弱家庭通報 ○其他(如長照單位等)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □[衛政]：○心衛中心職類 ○自殺通報 ○\_\_\_\_區衛生所 ○毒防中心(○酒癮○藥癮)  ○Call center精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 ○其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □勞政體系  □教育體系  □警政、消防體系  □社區民政體系(○鄰里長或里幹事 ○社區民眾)  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **轉介單位介入狀態** | □服務中 □已結案 □非服務單位 □其他\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| ＊**轉介目的** | □協助個案精神狀態評估 □提供精神心理社會資源及衛生教育  □提供個案社區追蹤關懷 □危機處理及提供短期就醫處置  □建立就醫規則及服藥 □協助轉介醫療機構(○住院/門診資訊 ○優化計畫) □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **個案概況描述** | 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** | |  | | | | |
| □**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)  □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 。  □暫不轉介/不收案  ○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。  ○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。  ○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**  ○已入住\_\_\_\_\_\_\_\_醫院精神科病房  ○已至精神科門診或居家治療中  ○搬遷  ○個案及家屬拒絕接受服務(已依拒訪SOP處理)  ○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**  ○羈押中  ○失聯(已依失聯SOP處理)  ○死亡  ○其他原因(請簡述)：\_\_\_\_\_\_\_\_  其他補充事項： | | | | |
| **\*回覆日期** | 年 月 日 | **經辦人員核章** | |  | **單位主管**  **核章** |  | |
| **\*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**

填答日期： 年 月 日

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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_

1. **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)**
2. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？

若有，請舉例：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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□
2. **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□
3. **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**

填答日期： 年 月 日

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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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)**
2. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □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)

1. **□(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**？
2. **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□
3. **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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_