

臺南市政府衛生局作業標準書

臺南市社區(疑似)精神病人滋擾處理及護送就醫作業規範

(局)衛心精S05

訂定(修訂)單位		文件類別	文件編號
心理健康科毒品防制及精神衛生股		作業標準(S)	05
訂 定 (修 訂) 紀 錄			
版次	訂定(修訂)日期	修訂頁次	訂定(修訂)內容摘要
1	110.3.10		新訂定
2	115.8.25		重新檢視修訂

☐ 訂定/ ☒ 修訂/ ☐ 廢止	審查	核准
說明： 一、因應「精神衛生法」修正，爰重新檢視並修訂本局「臺南市社區(疑似)精神病人滋擾處理及護送就醫作業規範」，俾符現行法令規定及實務作業需求。 二、奉核可後，擬請綜合企劃科協助辦理本作業規範公告周知事宜。		

臺南市政府衛生局心理健康科作業程序

臺南市社區(疑似)精神病人滋擾處理及護送就醫作業規範

壹、目的：

建立本市社區(疑似)精神病人滋擾處理及護送就醫作業規範，提升社區滋擾案件處理效能，以維護社區安全。

貳、相關法令及規定：

一、精神衛生法。

二、103 年 6 月 19 日及 7 月 7 日本局與臺灣臺南地方法院開會決議。

三、衛生福利部於 104 年 1 月 29 日以衛部心字第 104760155 函復內政部警政署。

參、適用範圍：適用於本市社區(疑似)精神疾病滋擾處理及護送就醫。

肆、名詞定義：

一、精神疾病（註 1）：依據精神衛生法第 3 條第 1 項第 1 款指思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病。但反社會人格違常者，不包括在內。

二、精神病人：罹患精神疾病之人。

三、精神衛生法第 48 條第 2 項(註 3)：警察機關或消防機關於執行職務時，發現疑似第三條第一項第一款所定狀態之人，有傷害他人或自己之虞者，非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身體之危險時，應通知地方主管機關即時查明回覆是否屬第三條第二項第一款規定之精神病人。經查明屬精神病人者，應即協助護送至就近適當醫療機構就醫；無法查明其身分或無法查明屬精神病人者，地方主管機關應派員至現場共同處理，無法到場或無法及時到場時，應使用具聲音或影像相互傳送功能之科技設備處理之，經地方主管機關認有就醫必要時，除法律另有規定外，應即護送至就近適當醫療機構就醫。

四、指定精神醫療機構（註 4）：經由本市公告提供 24 小時精神醫療之指定精神醫療機構。

（一）指定精神科專科醫院：衛生福利部嘉南療養院。

（二）指定精神醫療機構之綜合醫院：國立成功大學醫學院附設醫院、衛生福利部臺南醫院、台南市立醫院、奇美醫院樹林院區(先送達奇美永康總院)、臺南市立安南醫院、高雄榮民總醫院臺南

分院、臺中榮民總醫院嘉義分院(跨縣市)。

五、上班時間及非上班時間定義：

(一)上班時間：星期一至星期五 08：00-17：30。

(二)非上班時間：晚夜間 17：30 至清晨 8：00、例假日、國定假日及天然災害而停止上班。

六、提審告知：臺灣臺南地方法院開會決議「在警、消人員、公衛護理師以強制力將人之身體自由予以拘束，送至精神醫療機構之前，此階段上某程度有「逮捕」行為，應完成提審法所定之書面告知義務。

伍、作業內容：

一、民眾或網絡單位發現精神病人或疑似精神病人出現社區滋擾情形：

(一)社區(疑似)精神疾病出現攻擊破壞、有自傷傷人行為或高度風險者：

1. 通報方式

(1)立即通報 110 或 119 到場。

(2)上班時間：若處理有疑慮，可聯繫轄區公衛護理師到場共同處理。

(3)非上班時間：有判斷之疑慮則由現場警察人員優先撥打衛生福利部嘉南療養院之諮詢專線(06)2795019 分機 1111、1022，其次撥打本局值機電話(06)3359900。倘若有發生重大媒體事件或有特殊研判需求，可視狀況聯繫轄區公衛護理師到場協助。(註 2)

(二)社區(疑似)精神疾病出現社區滋擾者：

1. 通報方式：

(1)民眾：以電話向轄區衛生所或衛生局反映。

(2)網絡單位：填寫【臺南市政府社區精神病人轉介單(表一)】以傳真或電子郵件通報衛生局，電話聯繫通報人員或網絡單位轉介人員，瞭解個案基本資料、通報情事及報之需求與期待。

2. 受理單位(衛生局、所)評估是否為精神症狀引起：

(1)否：若為吸毒、飲酒後混亂行為，鄰居、親戚間衝突或工作人際衝突，則不派案，轉介相關單位協處。

(2)是(包含為本市精神追蹤關懷個案)：將通報資料書寫成【臺南市政府衛生局精神衛生業務陳情案件紀錄單(表二)】，派案轄區衛生所進行訪視。

a. 若案件緊急，先以口頭或簡訊方式向長官報告核准後先行派案。

b. 若為一般案件，經陳核單位主管後派案。

3. 衛生局派案衛生所：公衛護理師於接獲派案單後，於 3 個工作天內完成訪視，並將結果回傳衛生局，以回覆轉介單位。

二、是否符合精神衛生法第 48 條第二項護送就醫要件：

- (一)不符合：提供相關衛教，轉介醫療、社政相關資源或心理諮商服務等。
- (二)符合：應立即啟動緊急護送，前往指定精神醫療機構。

1. 上班時間：由轄區公衛護理師協助聯繫醫院床位，或由警察及消防機關共同處理直接聯繫醫院及護送。
2. 非上班時間：由現場消防人員請 119 勤務中心聯繫醫院床位。
3. 若全市指定精神醫療機構精神科床位滿床時，則護送就醫到個案經常就診或就近適當之指定機構。
4. 若有外傷、內外科疾患及意識、生命徵象變化，則優先護送至設有精神科的綜合醫院之指定精神醫療機構（含跨縣市之臺中榮民總醫院嘉義分院）。（註 5）

三、啟動護送就醫過程：

- (一)施行約束(依據精神衛生法第 48 條第五項)：

1. 上班時間：由轄區公衛護理師下達約束指令，由警、消、衛人員共同執行。
2. 非上班時間：由護送就醫人員下達約束指令，由警、消人員共同執行。
3. 由下達約束指令人員向病人及家屬或親友進行「提審告知」，並請其於【臺南市警、消單位護送疑似精神病人及自殺個案緊急護送就醫通報單（表三）】簽名。

- (二)安檢：由警察人員請家屬或病人移除其口袋內物品，如無家屬或病人不願配合，則由警察說明後代為執行，避免因個案身藏危險物品導致就醫過程有傷害危險(依據精神衛生法第 48 條第五項)。

- (三)護送就醫時，倘若公衛護理師到場，由公衛護理師乘坐副駕駛座位置，必要時可坐後座就近協助，救護車後方為病人、家屬、消防人員、警察人員(若兩位警察人員到場處理，則需一位警察人員上救護車陪同到院)。

- (四)完成【臺南市警、消單位護送疑似精神病人及自殺個案緊急護送就醫通報四聯單（表三）】（以下簡稱四聯單）：（註 6）

1. 急診交班：如有公衛護理師共同護送，則由護理師與急診交班，如無護理師陪同，則由警察人員與急診交班，由緊急護送之交班人員完成四聯單填寫，並請協同單位共同簽章。
2. 交班後，請醫院於四聯單欄位簽章，四聯單填妥後(第一聯)送交轄區衛生所(局)，並將第二聯及第三聯交給病人與指定親友。
3. 警察人員若有上救護車至醫院，請於四聯單簽章欄位備註(上車)。

- (五)倘若遇救護途中或到院時突發性生命徵象或昏迷指數變化，則請救護車消防人員或到院急診醫師與勤務中心說明後，原車轉送就近適當急救責任醫院。

柒、相關文件與參考資料：

一、表單：

- (一)臺南市政府社區精神病人轉介單(表一)。
- (二)臺南市政府衛生局精神衛生業務陳情案件紀錄單(表二)。
- (三)臺南市警、消單位護送疑似精神病人及自殺個案緊急護送就醫通報單(表三)。

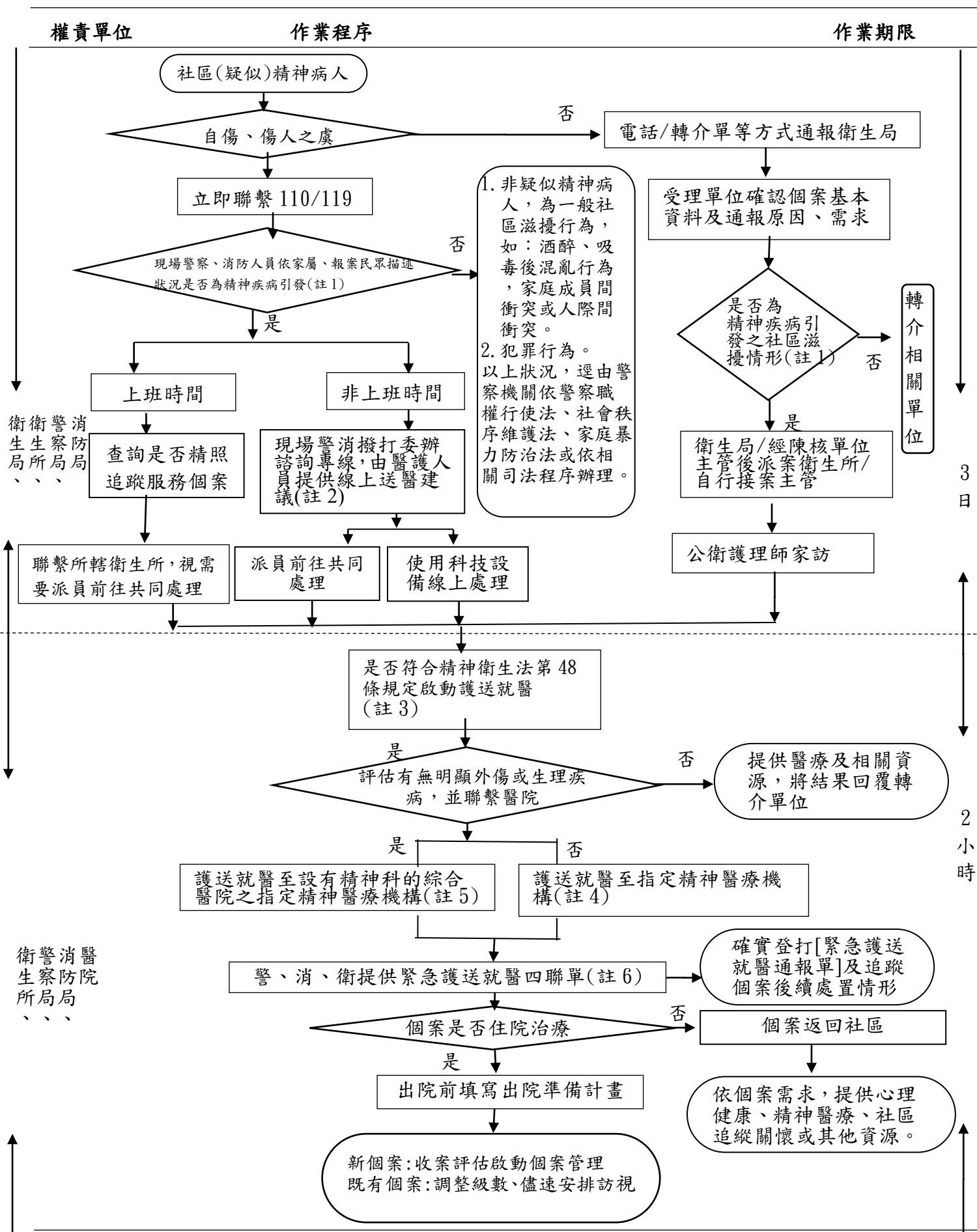
二、附件：

- (一)(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表—家屬版
- (二)(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
- (三)「疑似或社區精神病人照護優化計畫」服務同意書

三、其他：略。

臺南市政府衛生局心理健康科流程圖

臺南市社區(疑似)精神病人滋擾處理及護送就醫作業規範



臺南市疑似社區精神病人轉介單/第1、2類轉介單 *為必填

臺南市政府衛生局－心理健康科		轉介注意事項：	
郵寄：b00144@tncghb.gov.tw		1.請確認個案目前無接受精神照護機構服務。	
傳真：06-6520271		2.必須配合機構共訪機制，且個案、主要照顧者或具特別密切關係之人可聯繫。	
電話：06-6521103 轉 213		3.由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。	
承辦人：鹽水心衛中心-江孟庭護理師		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		
*計畫轉介告知	☐ 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 ☐ 無法告知，原因：_____請轉介單位務必告知將協助轉介衛生局/社區心理衛生中心及機構關懷訪視。		
*主要照顧者或具特別密切關係之人註1(可協助訪視事宜者)	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)：_____		
*收案條件	☐ 第1類：網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。 ☐ 第2類：疑似精神病人被護送就醫未住院者。		
*個案過往就醫情形	☐ 未曾就醫，請說明：_____ ☐ 曾就醫 醫療機構名稱：_____醫師姓名：_____		
疾病診斷 *請參閱代碼對照表	主診斷：_____次診斷：_____ ☐ 無法得知		
*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 ☐ 警政體系 ☐ 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] ☐ 個案本人已知情同意精神醫療團隊前往訪視關懷					
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	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="328 1910 552 2157"> 單位： _____ ☐可配合共訪 </td> <td data-bbox="552 1910 727 2157"> *轉介人員 核章 </td> <td data-bbox="727 1910 983 2157"> 姓名： _____ 職稱： _____ </td> <td data-bbox="983 1910 1158 2157"> *聯繫方式 </td> <td data-bbox="1158 1910 1557 2157"> 電話：_____ 傳真：_____ 電子郵件(務必填寫)：_____ _____ </td> </tr> </table>	單位： _____ ☐ 可配合共訪	*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)：_____ _____
單位： _____ ☐ 可配合共訪	*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)：_____ _____		

	☐ 無法配合共訪，原因：				
*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(局填寫) 個案：_____

*衛生局 初評紀錄	訪視日期：____年____月____日 網絡人員共訪： ☐ 有 ☐ 無，原因：_____				
☐ 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。					
☐ 由衛生局個管服務(○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(機構填寫)

優化團隊於____年____月____日聯繫後 ☐ 開案 ☐ 不開案，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				

臺南市政府衛生局精神衛生業務陳情案件紀錄單

接案日期：____年____月____日____時____分

個案姓名：____性別：☐男 ☐女 ☐其他____生日：____年____月____日(____歲) 113.03.14 修訂
114.01.17 二修

身分證字號：____電話：住家____行動電話：____

相關證件：☐精神追蹤關懷(____級，○嚴重) ☐重大傷病卡 ☐身障手冊(____類____度)☐其他____

戶籍地：____市(縣)____區____里____路/街____段____巷____弄____號

現居地：____

通報人資料：____

聯絡人資料：____

通報管道：☐公文陳情 ☐親臨洽詢 ☐上級交辦 ☐電話 ☐轉介單 ☐草屯療養院(Call-Center)
☐市府線上即時服務系統(案號)____☐其它____通報來源：☐精神病本人 ☐精照系統個案家屬 ☐一般民眾 ☐社政 ☐教育 ☐勞政 ☐警、消
☐醫療院所 ☐衛政 ☐司法單位 ☐媒體 ☐其他(上級交辦、民代、議員陳情等)____通報類別：☐協助就醫 ☐社區滋擾 ☐評估精神症狀 ☐安置資源或相關社會資源 ☐身心障礙歧視
☐諮詢(○醫療 ○病人權益申訴 ○藥物諮詢 ○心理諮詢) ☐其他____

單位	聯絡人
日期	聯絡電話

備註：

1、陳情資料請依法保密，切勿透露！

2、請貴所訪視該民眾之精神症狀及是否出現自傷傷人之虞，視情況規勸就醫提供相關資源或啟動護送就醫，並將辦理情形掃描後以電子郵件回覆心理健康科。

☐本案交辦本局訪視人員(含衛生所)時，主管已知悉。☐因事件緊急，本案已先於____年____月____日，以____交辦本局訪視人員(含衛生所)處置，並以口頭或簡訊向主管報備知悉。

承辦人

股長

技正

科長

承辦單位		聯絡人	
回覆日期		聯絡電話	
回覆內容(辦理情形):			
衛生所承辦人：		衛生所護理長：	衛生所所長：

衛生局-疑似或社區精神病人陳情案件處置情形

(應於接受轉介單後 2 週內回覆)

1.處置情形：

☐提供精神醫療資源：

- 規勸下：○精神門診就醫○精神病房住院 ○轉介疑似或社區精神病人照護優化計畫進行評估
○啟動緊急護送就醫 ○安排心理諮商服務 ○提供門診/諮商所資訊

☐提供衛生局個案管理服務：

- 精照系統/心衛社工：○收案 ○調整照護級數) ○自殺防治系統 ○毒防個管
○心衛中心心理師 ○心衛中心職能治療師 ○心衛中心護理師深度續追 ○其他_____

☐提供精神/心理相關衛教及資源

☐轉介其他單位：_____

☐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_____)

2.其他補充說明：

3.總結：

衛生局承辦人

股長

技正

科長

臺南市警、消單位護送(疑似)精神病人及自殺個案緊急護送就醫通報單

護送就醫日期	年 月 日 星期() 時 分 (請以 24 小時制書寫)			
出生日期	年 月 日	身分證字號	性別	☐ 男 ☐ 女
地 址	1. 事件發生地址_____市(縣)_____區; 同個案現居地址: ☐ 是 ☐ 否。 2. 個案現居地址_____市(縣)_____區_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓。			
護送事由	卷查被護送人_____, 因出現下列第一項且合併第二項(請勾選或描述) 精神照護管理系統查詢是否為追蹤關懷個案: ☐ 否、 ☐ 是(級數____級; 嚴重病人: ☐ 否、 ☐ 是)			
	一、精神症狀表現	否	是	
	是否有神情異常		☐ 表情冷漠、 ☐ 目露兇光、 ☐ 情緒高昂、 ☐ 手握拳頭、 ☐ 暴躁 ☐ 緊張不安、 ☐ 低落、 ☐ 焦慮	
	是否有對答不切題		☐ 自言自語、 ☐ 思考不連貫、 ☐ 答非所問、 ☐ 語無倫次、 ☐ 不語	
	是否有奇特行為		☐ 對空比劃、 ☐ 破壞行為、 ☐ 自殘行為、 ☐ 裸露、 ☐ 躺地	
	是否有怪異思考及知覺障礙		☐ 妄想(如:脫離現實的怪異思考且深信不疑)、 ☐ 幻聽、 ☐ 幻視、 ☐ 嗅幻覺、 ☐ 觸幻覺	
	其他		☐ 無法評估、 ☐ 其他	
	二、現場狀態評估	否	是	
	是否有暴力攻擊		☐ 傷人、 ☐ 傷人之虞、 ☐ 自傷、 ☐ 自傷之虞	
	是否有企圖自殺		自殺(需醫療處置)使用工具: ☐ 上吊、 ☐ 燒炭、 ☐ 高處跳下、 ☐ 跳水、 ☐ 安眠藥、 ☐ 切割、 ☐ 其他	
	是否有公共危險之虞		☐ 社區滋擾(對人)、 ☐ 社區破壞(對事)、 ☐ 預期性傷害危險(☐ 未曾發生過、 ☐ 曾經發生過)	
	是否為精神疾病導致		☐ 精神症狀干擾、 ☐ 藥物副作用	
	是否有物質使用		☐ 毒品、 ☐ 酒精	
	其他		☐ 無法評估、 ☐ 其他	
	符合精神衛生法緊急護送就醫, 經送往_____醫院予以緊急安置, 特此通知。 被護送人簽名: _____			
依提審法第2條規定告	☐ 家屬無法到達現場 ☐ 其他:			
	指定親友姓名	先生(女士)		性別: ☐ 男 ☐ 女
	身分證字號			連絡電話:
	地 址	☐ 同被護送人地址。 ☐ 其他地址_____市(縣)_____區_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓。		
	通知時間	年 月 日 _____ 時 _____ 分		
護送單位	與被護送人關係	指定親友		
	衛政單位	衛政人員簽章		
	警察單位/電話	警察人員簽章		

第一聯: 衛生局(白)

第二聯: 病人自存(藍)

第三聯: 家屬或親友留存(黃)

第四聯: 送達醫院留存(紅)

	消防單位/ 電話		消防員 簽章	
	送達指定精神 醫療機構		醫療員 簽章	
備註	一、依提審法第 2 條規定以書面告知本人及其指定之親友，至遲不得逾 24 小時。 二、病人(或疑似病人)，可依據提審法向醫院所在之地方法院聲請提審。 三、為保護被護送人之安全，護送就醫人員於執行職務時，得檢查被護送人之身體及所攜帶之物，必要時得使用適當之約束設備。 四、護送單位應於送達醫院簽章後，儘速將本單第一聯（白色聯）送至轄區衛生所，衛生所請於每週三將收到的白色聯送至衛生局。 五、護送人員簽名請務必正確及完整，且字跡清晰，若有塗改請務必簽名，以避免爭議。 六、個人資料蒐集、處理、利用聲明：本人同意本表所列之個人資料，提供臺南市政府衛生局做為處理本案及建檔等相關業務使用。			

填答日期: 年 月 日

(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 ☐ 是 ☐ 否 ☐、或煩躁容易生氣？是 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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

1 版:110.03.10

2 版:115.08.25

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：_____

「疑似或社區精神病人照護優化計畫」服務同意書

_____（以下稱本單位）為推動衛生福利部「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，向受服務者_____（以下稱當事人）說明服務內容與個人資料蒐集事項，雙方共同遵循以下事項：

一、服務內容：本計畫旨在提供當事人適切之精神醫療服務，並加強社區照護與轉介，包含：精神醫療就醫評估、協助規律就醫、社區外展照護及後續追蹤服務。

二、同意聲明：

（一）個人資料蒐集及保管

1. 本單位依據中華民國「個人資料保護法」與相關法令法規之規範下，將謹慎蒐集、處理及利用當事人之個人資料。
2. 請提供當事人正確及完整之個人資料。
3. 若有任何異動，請主動向本單位申請更正，以確保當事人權益。
4. 當事人可依中華民國「個人資料保護法」，就其個人資料行使以下權利：
(1)請求查詢或閱覽。(2)製給複製本。(3)請求補充或更正。(4)請求停止蒐集、處理及利用。(5)請求刪除。

（二）蒐集個人資料應告知事項

1. 蒐集單位及利用對象：本計畫之相關主管機關、執行單位、受補助單位及依法具監督管理權責之機關。
2. 蒐集之目的：本單位蒐集個人資料之目的在於推動社區精神醫療照護服務，提供當事人相關資源及支持服務，以保障個人就醫權益。
3. 蒐集之個人資料類別：包括姓名、出生日期、身分證字號、聯絡方式、

地址、教育程度、婚姻狀況、主述問題等資料，詳如轉介單內容。

4. 個人資料利用之期間、地區及方式：

- (1) 期間：本計畫執行服務期間及本計畫規定應保存之期限。
- (2) 地區：中華民國臺灣地區（含澎金馬地區）。
- (3) 方式：包含書面、電子文件、電話訪談、簡訊或通訊軟體聯繫；並透過個案管理、轉介評估、跨網絡單位協調及行政作業等方式，於前述利用對象與蒐集目的範圍內進行處理及利用。

☐我已閱讀並且接受上述同意書內容（請務必完成勾選）

當您勾選「我同意」並簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容。若您未滿十八歲，應由其法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。

立同意書人（當事人）簽名或蓋章：

（請親簽）

法定代理人（主要照顧者或具特別密切關係之人）簽名或蓋章：

（請親簽）

關係：

日 期： 年 月 日