

臺南市政府警察局自殺防治通報單

請於上班時間(8:00-12:00；13:30-17:30)來電確認

通報單位： _____ 通報人姓名： _____ 通報人電話： _____ 單位主管： _____

*自殺類別：自殺死亡 自殺企圖(有行為，未死亡) 自殺意念(有想法，沒有行為) 因本次家暴案件表示有自殺念頭

1、*個案姓名： _____ 2、*身分證統一編號： _____

3、*性別：男 女 4、年齡：____(出生：__年__月__日)

5、*電話：(日) _____/(夜) _____ 6、*手機： _____

7、*自殺日期：民國__年__月__日 8、*通報日期：民國__年__月__日

9、*婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 不詳 10、*最高學歷：國小 國中 高中 大專 碩士
博士 不詳 未接受教育

11、*職業：
專業人員(持有證照者) 農林漁牧業生產人員 技藝有關工作人員 機械設備操作工及組裝人員
服務及售貨工作人員 基層技術工及勞力工 事務支援人員 學生(校名： _____)
軍人 家管 退休 失業 無業 其他： _____

12、特殊身分別註記：精神病人 藥癮者 酒癮者 家暴被害人 家暴加害人 性侵害被害人 性侵害加害人 其他： _____

13、戶籍住址：____縣/市____鄉/鎮/市/區____村/里

14、*居住住址：____縣/市____鄉/鎮/市/區____村/里

15、*與人同住：是 否 不詳

16、*聯絡人(1)姓名： _____ 關係： _____ 電話： _____ /
聯絡人(2)姓名： _____ 關係： _____ 電話： _____ /

17、*自殺地點(自殺意念者非必填)：自宅 租屋處 大樓(非自宅) 汽車 旅館 公園 馬路 鐵路 捷運
山區 河(海) 其他地點： _____

18、*行為發生時是否有飲酒(自殺意念者非必填)：是 否 不詳

19、*自殺方式：(複選，最多三種，自殺意念者非必填)

<input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑	<input type="checkbox"/> 除安眠藥鎮靜劑之外藥物	<input type="checkbox"/> 以槍砲、氣槍及爆炸物	<input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量
<input type="checkbox"/> 一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)	<input type="checkbox"/> 巴拉刈農藥	<input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟻、老鼠藥等)	<input type="checkbox"/> 化學物品(如：漂白水清潔劑、鹽酸等)
<input type="checkbox"/> 割腕	<input type="checkbox"/> 其他部位之切穿工具	<input type="checkbox"/> 上吊、自縊	<input type="checkbox"/> 悶死及窒息(如塑膠袋套頭)
<input type="checkbox"/> 燒炭	<input type="checkbox"/> 汽車廢氣	<input type="checkbox"/> 家用瓦斯	<input type="checkbox"/> 自焚
<input type="checkbox"/> 臥、跳軌(含鐵路、捷運等)	<input type="checkbox"/> 撞擊(如：撞牆、撞車等)	<input type="checkbox"/> 溺水(淹死);跳水	<input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸汽
<input type="checkbox"/> 高處跳下	<input type="checkbox"/> 除了上列方式之外之自殺方式： _____		

20、*自殺原因：(複選，最多三種)

情感/人際關係 <input type="checkbox"/> 夫妻問題 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題 <input type="checkbox"/> 感情因素(如男女朋友) <input type="checkbox"/> 喪親、喪偶	精神健康/物質濫用 <input type="checkbox"/> 憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病 <input type="checkbox"/> 物質濫用(酒、藥、毒品)	工作/經濟 <input type="checkbox"/> 職場工作壓力 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 債務	生理疾病 <input type="checkbox"/> 慢性化的疾病問題(如：久病不癒) <input type="checkbox"/> 急性化的疾病問題(如：初得知患病)
校園學生問題 <input type="checkbox"/> 學校適應問題、 <input type="checkbox"/> 生涯規劃因素	迫害問題 <input type="checkbox"/> 遭受騷擾、 <input type="checkbox"/> 遭受暴力 <input type="checkbox"/> 遭受詐騙	其他 <input type="checkbox"/> 兵役因素 <input type="checkbox"/> 畏罪自殺、官司問題 <input type="checkbox"/> 其他： _____	不願說明或無法說明 <input type="checkbox"/> 個案(家屬)不願說明 <input type="checkbox"/> 個案因身體狀況無法說明 <input type="checkbox"/> 不詳

21、有無其他人一起自殺：有，關係： _____ 無

22、目前是否有在精神科就診或進行心理健康諮詢：有，疾病診斷： _____ 無 不詳

23、*處置情形：
未送醫 送醫， _____ 醫院 其他

24、注意事項(含其他相關資訊，請務必詳訴案情)：

臺南市政府警察局自殺防治通報單

請於上班時間(8:00-12:00；13:30-17:30)來電確認

FAX：3358161 (*為必填欄位)

1. 請將本表單傳真予臺南市政府衛生局心理健康科(傳真電話 06-3358161)，並於衛生局上班時間(8:00-12:00；13:30-17:30)來電確認(06)7034981#194郭慧雅心理輔導員。
2. *符號，為必填欄位