

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
 *通報來源：民眾報案 家屬報案 網絡單位報案 其他 _____

1、*個案姓名： 3、*性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 5、*電話：(日) _____ / (夜) _____ 7、*自殺日期：民國____年____月____日 9、*婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 不詳 11、*職業： <input type="checkbox"/> 專業人員(持有證照者) <input type="checkbox"/> 農林漁牧業生產人員 <input type="checkbox"/> 技藝有關工作人員 <input type="checkbox"/> 機械設備操作工及組裝人員 <input type="checkbox"/> 服務及售貨工作人員 <input type="checkbox"/> 基層技術工及勞力工 <input type="checkbox"/> 事務支援人員 <input type="checkbox"/> 學生(校名：____) <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 無業 <input type="checkbox"/> 其他：____ 12、特殊身分別註記： <input type="checkbox"/> 精神病人 <input type="checkbox"/> 藥癮者 <input type="checkbox"/> 酒癮者 <input type="checkbox"/> 家暴被害人 <input type="checkbox"/> 家暴加害人 <input type="checkbox"/> 性侵害被害人 <input type="checkbox"/> 性侵害加害人 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租屋處 <input type="checkbox"/> 大樓(非自宅)，大樓名稱：____ <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 旅館 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 馬路 <input type="checkbox"/> 鐵路 <input type="checkbox"/> 捷運 <input type="checkbox"/> 山區 <input type="checkbox"/> 河(海)，河川、橋梁名稱：____ <input type="checkbox"/> 其他地點： 18、*行為發生時是否有飲酒(自殺意念者非必填)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳 19、*(1)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： (2)自殺工具取得方式(如：商家名稱、醫療院所)：_____	2、*身分證統一編號： 4、年齡：____(出生：____年____月____日) 6、*手機： 8、*通報日期：民國____年____月____日 10、*最高學歷： <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 未接受教育
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

20、*自殺原因：(複選，最多三種) <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 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 校園學生問題 <input type="checkbox"/>學校適應問題、 <input type="checkbox"/>生涯規劃因素 </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 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) 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 </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 工作/經濟 <input type="checkbox"/>職場工作壓力 <input type="checkbox"/>失業 <input type="checkbox"/>債務 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：____ </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> 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) 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 </td> </tr> </table>	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 校園學生問題 <input type="checkbox"/> 學校適應問題、 <input type="checkbox"/> 生涯規劃因素	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) 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	工作/經濟 <input type="checkbox"/> 職場工作壓力 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 債務 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：____	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) 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： <input type="checkbox"/> 有，關係：____ <input type="checkbox"/> 無 22、目前是否有在精神科就診或進行心理健康諮詢： <input type="checkbox"/> 有，疾病診斷：____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳 23、*處置情形： <input type="checkbox"/> 未送醫，原因：____ <input type="checkbox"/> 送醫，____醫院 <input type="checkbox"/> 其他 24、注意事項(含其他相關資訊，請務必詳述案情)：
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 校園學生問題 <input type="checkbox"/> 學校適應問題、 <input type="checkbox"/> 生涯規劃因素	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) 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	工作/經濟 <input type="checkbox"/> 職場工作壓力 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 債務 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：____	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) 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		

- 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)5810105#194郭慧雅心理輔導員。
- *符號，為必填欄位