附件 3

『社區自殺風險個案追蹤關懷多元照護服務模式方案』
診所自殺高風險個案通報單

※個案情況緊急　請逕電洽 110 或 119　　衛生局個管師窗口 06-2679751 轉 166(王羽萱)，傳真電話:06-3358161。

診所通報填寫

107.03.31

☐自殺意念者　☐自殺威脅者　☐自殺未遂者

基本資料：

1、個案姓名：　　2、身分證統一編號(或居留證號碼)：

3、性別：　男☐　　女☐　　4、電話(手機)：

5、年齡：　　(出生：　　年　　月　　日)

6、居住住址：　　縣/市　　鄉/鎮/市/區　　村/里　　路/巷　　號

7、轉介日期：　　年　　月　　日　　8、聯絡人：_____關係_____手機__

9、測量簡式健康量表 (BSRS)：1-5 題總分：_____分，★自殺想法：_____分

10. 精神科就診　☐有，　診斷：_____

轉介單位：　　窗口：　　院長：

電　　話：　　傳真：　　轉介日期：　　年　　月　　日

衛生局回覆填寫

自殺高風險個案轉介處理回覆

接單後 7 個工作天內回覆辦理情形

個案姓名		身分證統一編號(或居留證號碼)	
受理日期	年　　月　　日	回覆日期	年　　月　　日
回覆處理情形	1、評估結果： ☐ 收案：(1) 開案日期：　　年　　月　　日 (2) 協助事項：(可複選) ☐ 轉介至精神科_____ 醫院 ☐ 預約心理諮詢 ☐ 收案關懷及追蹤 ☐ 其他：_____ ☐ 未收案：(可複選) ☐ 個案失聯或不住通報地址。 ☐ 個案訴求非衛生局服務項目(訴求點:_____) 媒合轉介：_____ 2、其他建議處置或補充說明：_____		
	衛生局評估人員：　　單位主管： 電　　話：　　傳　　真：		