

修正後

## 臺東縣疑似精神病人護送鑑定及就醫通知書

本表格護送人員填寫一式三聯，甲聯：衛生所，乙聯：本縣衛生局醫政科，丙聯：護送單位自

病人姓名		性別		年齡		通知就醫人 姓名	
身分證號碼		電話				家屬簽名	
住家地址	鄉鎮市                      村                      路                      鄰                      巷                      號樓						
通報時病人 狀況	日期	年	月	日	地點	電話	
	時間						
	關係人姓名				地址		
	通報原因及事由：						
病人狀況	事前處置情形及評估病人就醫需求：						
護送單位 簽章		護送人員 簽章				送達醫院 簽章	
配合單位 簽章		配合人員 簽章					
鑑定醫院醫 師簽章		醫院處置 情形	<input type="checkbox"/> 留院觀察或治療 <input type="checkbox"/> 轉院		接受病人 轉院醫院		
備註	一、護送單位應於送達醫院簽章後即刻函送或傳真衛生局，以利時效。FAX：230-577。						

### 臺東縣政府執行護送鑑定及就醫告知本人通知書

台端因疑似精神疾病致有傷害他人或自己或有傷害之虞，於      年      月      日  
 時      分在                      地點，依臺東縣政府依精神衛生法第32條規定，  
 護送至本縣指定精神醫療機構就醫，台端得依提審法相關規定向台東地方法院聲請提  
 審，特此通知。

受通知人姓名	小姐/先生 <small>(受護送鑑定及就醫人為未成年人、受監護宣告人或嚴重病人，應併告知其法定代理人、監護人或保護人)</small>	被通知人 簽名捺印	
通知時間	年      月      日      時      分	通知人員	

備註

本通知書請依個人資料保護法相關規辦理，僅作通知使用，請勿移作他用。