附表 1

傳真電話：348-887

	上班日聯絡電話	夜間及假日緊急聯絡電話
心理衛生中心	336-575	330-671、332-439、310-150#333
臺東榮院醫院	222-995#1121	222-995#1142、1144
署立臺東醫院	324-112#254	341-445、324-112#230、277
臺東馬偕醫院	310-150#374	310-150#332~334
關山慈濟醫院	814-877、841-880#119、560	

臺東縣政府自殺高風險個案轉介單

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

（一）簡式健康量表（BSRS）總分達 15 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)

（二）簡式健康量表（BSRS）自殺想法檢測結果達 2 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)

（三）達高自殺風險個案條件任何 1 項者。(請先檢視本表第 29 項所訂條件)

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「＊」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

三、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

(一) ＊本次轉介對象屬：

☐自殺威脅者（係指準備自殺執行自殺行動者）

☐自殺未遂者（係指有自殺行為，但未遂者）

☐自殺意念者（係指心存自殺想法，尚未付諸行動者）

(二)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：　　4、是否為原住民：☐是　☐否

5、＊電話(日)：　　6、＊電話(夜)：

7、手機：＿＿＿＿＿＿＿＿　　8、＊年齡：　(出生：　年　月　日)

9、婚姻狀況：＿＿＿＿＿＿　　10、教育程度：＿＿＿＿＿＿

11、就業情況：☐有，目前從事＿＿＿＿＿＿　☐無，失業多久＿＿＿＿＿＿

12、戶籍住址：＿＿＿＿縣/市＿＿＿＿鄉/鎮/市/區＿＿＿＿村/里＿＿＿＿

13、＊居住住址：　縣/市　鄉/鎮/市/區　村/里

14、聯絡人姓名：＿＿＿＿＿＿　　15、關係：＿＿＿＿

16、聯絡人電話：＿＿＿＿＿＿　　17、聯絡人手機：＿＿＿＿＿＿

18、＊自殺日期：20　年　月　日　　19、＊轉介日期：20　年　月　日

20、＊有無實際自殺行為：☐是　☐否(勾選本項者，下題為勾選計畫自殺方式)

21、＊自殺方式：(可複選，☐最多勾選三種)

☐自縊、勒死及窒息	☐自焚	☐汽車廢氣	☐家用瓦斯
☐農用殺蟲劑及除草劑	☐溺水(淹死)；跳水	☐燒炭	☐其他化學物品
☐高處跳下	☐其他氣體及蒸氣	☐安眠藥鎮靜劑	☐切穿工具
☐以槍炮、氣槍及爆炸物	☐其他藥物	☐割腕	☐撞擊
☐服用或施打毒品過量	☐一般病媒殺蟲劑	☐以其他方式：＿＿＿＿	

22、＊自殺原因：(可複選，本題☐最多勾選三個)

（1）情感/人際關係

☐家人間情感因素　☐夫妻問題　☐感情因素　☐重大失落素：_____

☐同儕關係因素　☐職場人際關係因素　☐其他人際關係因

（2）精神健康/物質濫用

☐憂鬱傾向　☐非憂鬱傾向精神心理健康問題　☐物質濫用(酒、藥)

☐過去或現在罹患憂鬱症　☐非憂鬱症精神疾病：_____

（3）工作/經濟

☐非人際關係職場因素　☐失業經濟因素　☐債務經濟因素　☐非失業及債務經濟因素

（4）生理疾病

☐久病不癒　☐非久病不癒疾病因素

（5）校園學生問題

☐非人際關係學校適應問題　☐校園學生的生涯規劃因素

（6）兵役問題　（7）其他　（8）不詳

☐兵役因素　☐其他：_____　☐不詳

（9）不願說明或無法說明

☐個案(家屬)不願說明　☐個案因身體狀況無法說明

23、* 有無其他人一起自殺：☐ 有（關係：　　）　☐ 無

24、* 自殺後身體狀況：☐ 穩定　☐ 惡化　☐ 垂危

25、* 過去精神疾病史：☐ 不詳　☐ 無　☐ 有，診斷病名：　　☐ 酒癮　☐ 藥（毒）癮

26、* 個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務：☐ 是　☐ 否

27、轉介機關（構）個案處置情形：

◎是否已開案？☐ 是，已提供_____服務 ☐ 否_____

◎轉介後，是否繼續服務個案？☐ 是_____ ☐ 否_____

◎希望衛生機關對個案提供何種服務？☐轉介精神醫療服務 ☐轉介心理輔導 ☐收案關懷及追蹤 ☐其他_____

◎檢附相關評估表供參☐ 有_____ ☐ 無_____

28、* 測量簡式健康量表（BSRS）結果：

請圈選最近一個星期（含今天），個案對下列各項目造成困擾的嚴重程度（個案感受）

	不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重
1.睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2.感覺緊張或不安	0	1	2	3	4
3.覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4.感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5.覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★有自殺的想法	0	1	2	3	4

請填寫檢測結果：1-5 題總分：_____分，★自殺想法：_____分

說明：

1.1 至 5 題之總分：

(1) 得分0~5分：身心適應狀況良好。

(2) 得分6~9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分10~14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分 > 15分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2.★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上時，建議轉介至精神科。

29. * 高自殺風險個案條件：(可複選)

☐ 1.再自殺個案

☐ 2.本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者

☐ 3.個案陳述有具體自殺計畫（包含明確的時間與自殺方式）

☐ 4.65 歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人

30.其他相關資訊：

轉介機關（構）：　　轉介人員：　　單位主管：

電　　話：　　傳　　真：

轉介日期：　　年　　月　　日

自殺高風險個案轉介處理回覆單

說明：應於接受轉介單後 **3** 個工作天內回覆轉介機關（構）評估收案與否。

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) ☐ 轉介精神醫療服務 ☐ 轉介心理輔導 ☐ 收案關懷及追蹤 ☐ 其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ 未收案：(可複選) ☐ 資料不足，無法評估收案與否。 ☐ 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 ☐ 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 ☐ 不符轉介標準，請　貴機關（構）持續關懷，必要時再轉介。 ☐ 個案主要訴求非衛生機關（構）之服務項目。 ☐ 考量個案需求，以原轉介機關（構）繼續提供服務為佳。 ☐ 其他原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 2、其他建議處置或補充說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
	評估人員：　　單位主管： 電　　話：　　傳　　真：