

臺東縣衛生局社區心理衛生中心個案轉介單

1091211修正

案號：

轉介日期： 年 月 日

轉介單位		主要聯絡方式		□電話 □ E-mail	
轉介者		職稱	聯絡電話		
E-mail					
轉介/初談前確認事項		☐ 有醫囑-個人病史中如遇有精神官能症、精神病或腦部心智功能不全等診斷，依據心理師法規定 必須 有醫師開具之診斷及照會或醫囑，並註明轉介或建議提供心理諮商服務（若有隱匿未告知或無法取得醫囑相關資料，本中心將無法提供服務）。 ☐ 已取得案主同意-案主須有意願接受服務，並同意能配合服務相關事項，且經評估後，個案之需求為本中心可提供後續服務者，若經評估後個案需求非本中心所能提供服務，則轉介其他資源。			
個案分類 ☐ 單親 ☐ 新住民 ☐ 原住民 ☐ 漢人 ☐ 銀髮族 ☐ 孕婦/產婦 ☐ 自殺/自傷意念者 ☐ 反覆自殺/自傷行為者 ☐ 癌症病人 ☐ 慢性病人 ☐ 學生 ☐ 其他(請註明)		☐ 精神官能症 ☐ 最近6個月內曾被診斷過有精神官能症，並經精神科醫師評估轉介者 ☐ BSRS-5 10-14分 ※或出現以下症狀持續兩週以上 ☐ 莫名的焦慮緊張 ☐ 不尋常的害怕情緒 ☐ 心情低落鬱悶或易怒 ☐ 感覺浮躁、不耐煩、無法專心或心中一片空白 ☐ 不可抗拒的思考與行為 ☐ 飲食或睡眠失調 ☐ 無用感、無價值感等負面思想 ☐ 坐立不安或過少活動		☐ 照顧者議題 老老照顧、長期或重大疾病照顧者、家庭照顧者、職場照顧者(一邊工作一邊需照顧家屬)及幼兒照顧者 ☐ 最近6個月內個人面臨重大生活事件(例如：喪親、離異、家暴、家變等) ☐ 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能，產生負面影響者	
		☐ 重大意外事件引發 ☐ 重大意外事件需危機介入者 最近6個月內面臨重大意外事件，出現以下症狀持續一個月以上者 ☐ 與創傷事件相關反覆之痛苦回憶或夢境，或是類似情境引發之強烈心理痛苦或生理反應。 ☐ 持續逃避與此創傷有關之刺激 ☐ 麻木反應 ☐ 過度警覺，如難以入睡或難以維持睡眠、易怒、注意力不集中、易受驚嚇 ☐ 其他(請註明)			
個案姓名		身分證字號		學歷	☐ 不識字 ☐ 小學 ☐ 國中 ☐ 高中 ☐ 大專 ☐ 碩士以上
生理性別		☐ 男 ☐ 女	身分別	☐ 本國籍 ☐ 外籍人士	婚姻
服務單位		職稱	語言		生日 年 月 日
聯絡電話					
聯絡地址					
緊急聯絡人		緊急聯絡人電話		關係	
個案概況 (主訴問題)		☐ 人際關係 ☐ 家庭議題 ☐ 親子溝通 ☐ 伴侶關係 ☐ 性別議題 ☐ 情緒困擾 ☐ 受暴/目睹暴力 ☐ 喪親失落 ☐ 重大事故 ☐ 成癮問題 ☐ 疾病適應 ☐ (反覆)自傷/自殺意念 ☐ (反覆)自傷/自殺行為 ☐ 其他_____			
目前資源運用情形		☐ 無 ☐ 有，類型：○社會福利 ○法律諮詢 ○醫療衛生 ○教育 ○勞政 ☐ 其他：_____			

個人病史	☐ 無 ☐ 曾經看過精神科，診斷或問題（請說明）：_____					
	☐ 生理疾病史 例如過敏、氣喘、高血壓、曾接受過的手術、異位性皮膚炎……等（請說明）_____					
簡略個案身心狀況評估	☐ BSRS 計分：_____分（必填，並附上附件一施測結果） ※如有出現上述欄位未出現之身心、情緒反應，請列舉並說明持續時間					
轉介者評估、諮商目標與諮商期待	（請含個案處境敘述、已介入處遇及效果、諮商目標與期待）					
無法接受服務時間		週一	週二	週三	週四	週五
	上午					
	下午					
	夜間					
請貴單位填妥上列個案轉介資料， 填妥後傳真至心理衛生中心：089-348887，或 e-mail 至：phbj041@ttshb.taitung.gov.tw 本中心接獲轉介單後，將盡速與您聯絡						
虛線以下由社區心理衛生中心填寫，轉介單位請勿填寫						
基本評估	☐ 簡式健康量表		☐ 社會支持、經濟狀況評估		☐ 轉介	
	☐ 總分大於 9 分 ☐ 第 6 題大於等於 1 分		☐ 無社會支持或支持系統薄弱 ☐ 低收入或近貧 ☐ 無業、遭裁員或休無薪假 ☐ 親屬遭裁員或休無薪假		☐ 經其他機構轉介 ☐ 經心衛社工轉介 ☐ 經自殺/精神關訪員轉介 ☐ 經地方衛生所轉介	
					☐ 主動求助 ☐ 電話 ☐ E-Mail	
類型評估	☐ 精神官能症 ☐ 照顧者議題 ☐ 重大意外/事故 ☐ 憂鬱情緒 ☐ 生活適應 ☐ 自傷/自殺議題 ☐ 關係議題 ☐ 其他：					
轉介評估	☐ 優先轉介醫療機構		☐ 轉介/通報相關機構		☐ 提供服務	

	☐急性期精神病人 ☐多重問題困擾需長期心理治療者 ☐因生理狀況影響無法接受心理諮商服務者 ☐人格疾患需長期心理治療者 ☐其他原因影響致使無法接受心理諮商服務者	☐已出現自殺行為者或有強烈自殺傾向或有立即性危險(轉介自殺防治中心) ☐家庭成員間有身體或精神上不法侵害之行為者(轉介家防中心) ☐因家庭成員關係紊亂、家庭衝突、疾病、貧困或失業等因素，以致影響兒少照顧及身心正常發展(轉介社會處) ☐轉介其他單位(例如學諮、長照等)	☐個別諮商 ☐家庭治療 ☐伴侶諮商 ☐團體諮商 ☐諮詢 ☐壓力因應或情緒調節技巧練習 ☐其他
評估結果	☐不開案 ☐開案 ☐有疑義待核示 ☐轉介或通報相關局處 說明： 個管師：		

簡式健康表(BSRS-5)

姓 名：_____ 性 別：_____
教育程度：_____ 聯絡電話：_____
出生日期：_____年_____月_____日 填表日期：_____年_____月_____日
(與轉介單同傳，個案基本資料可免填，但請註明填表日期)

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想，最近這一星期中（含今天），下列敘述讓您感到困擾或苦惱的程度？

	完全沒有 (0分)	輕微 (1分)	中等程度 (2分)	厲害 (3分)	非常厲害 (4分)
1.感覺緊張不安					
2.覺得容易苦惱或動怒					
3.感覺憂鬱、心情低落					
4.覺得比不上別人					
5.睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒					
6.有自殺的想法					

總 分：_____ (第 1-5 題數字加總)

得分：0-5 分 身心障礙狀況良好
6-9 分 輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒
10-14 分 中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢
15 分以上 重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療

第 6 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(中等程度)時，應轉介至精神醫療處置。