|  |
| --- |
| **台東縣社區高風險精神病人衛生局/所轉介單\*為必填**附件7 |
| **\*身份證字號** |   | **\*姓名** |  |
| **\*連絡電話** |  | **\*訪視地址** |  |
| **\*性別** | ○男 ○女 ○多元性別 | **\*出生日期** | 西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日，\_\_\_歲 |
| **\*教育程度** | ○不識字 ○國小 ○國中 ○高中 ○高職 ○專科 ○大學 ○碩士或以上○不詳 |
| **\*婚姻狀況** | ○未婚○已婚 ○離婚 ○鰥寡 ○不詳 |
| **\*計畫轉介告知** | ○已告知主要照顧者 ○無法告知，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。 |
| **\*主要照顧者/****重要關係者** | \_\_\_\_\_\_姓名 /\_\_\_\_關係/\_\_\_\_\_\_\_\_電話/是否同住：○是、○否可協助訪視者，朋友/鄰里長/鄰居/社工 |
| **\*收案條件/精神照護級別** | ○第1類:非追蹤關懷之護送就醫病人 | ○Call Center專線 | ○網絡轉介者 |
| ○第2類:衛生局追蹤保護中之困難精神病個案 | ○一級○二級○三級○四級○五級○銷案中 |
| ○第3類:社區危機處理後之精神病個案 |
| **\*個案疾病診斷** | 診斷名稱或代碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*請參閱代碼對照表 |
| **\*轉介時狀態** | **最後一次訪視日期：**西元**\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日****最後一次訪視評估：**1.活性症狀干擾性：○輕微 ○普通 ○嚴重 ○非常嚴重2.社區生活功能障礙：○輕微 ○普通 ○嚴重 ○非常嚴重3.家屬對患者照顧之態度：○積極 ○普通 ○置之不理 ○失聯4.心理問題：○輕微 ○普通 ○嚴重 ○非常嚴重5.醫療上的問題：○無服藥 ○無回診 ○無病識感 |
| **主要問題內容** | □暴力攻擊 □干擾破壞 □自殺自傷 □精神病症狀干擾 □不願就醫□退化無法自我照顧 □藥物遵從性不佳□其他(請描述)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **轉介目的** | □協助個案精神狀況評估及轉介醫療機構□建立個案病識感□建立就醫規則及服藥□提供精神疾病及藥物衛教□危機處理及提供短期就醫資源□提供個案社區關懷追蹤□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **訪視摘要** |  |
| **\*衛生局****評估/轉介日期** | 西元\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | **\*評估人員** |  | **\*單位主管** |  |
| **\*電話** |  |
| **衛生局審核** |
| **\*審核結果** | ○同意開案，轉介機構\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_日○不同意開案，理由：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\*衛生局****派案日期** | 西元\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | **\*派案人員** |  | **\*心衛中心督導** |  |
| **\*心衛中心執行秘書** |  |
| **\*電話** |  |
| **\*單位主管** |  |
| **\*醫療機構訪視人員評估狀況** |
| **\*評估結果** | ○開案，日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日○無法開案，理由：○因個案電話或地址錯誤無法聯繫○個案或家屬強烈拒絕接受服務(已依計畫所訂拒訪SOP處理)○其他補充事項：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **評估日期** | 西元\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | **\*評估人員** |  | **\*單位主管** |  |
| **\*電話** |  |
| **\*醫療院所通知衛生局評估結果日期(必填)** |  | **\*通知人員** |  | **\*單位主管** |  |
| **\*電話** |  |