

台東縣社區高風險精神病人衛生局/所轉介單*為必填

*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			