

台東縣疑似精神病人個案轉介單*為必填

請傳真至 089-230577 phb0039@ttshb.taitung.gov.tw		聯絡電話： (089)230598#210 聯絡人 李護理師		轉介注意事項： 1. 須配合受理醫療機構共訪機制 2. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」	
*身分證字號			*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				
*主要問題內容	☐ 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 自傷 ☐ 自傷之虞 ☐ 2. 社區干擾/破壞： ☐ 公共危險 ☐ 公共危險之虞 ☐ 預期性傷害危險(☐ 未曾發生過 ☐ 曾經發生過) ☐ 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ ☐ 4. 其他(請描述)：_____				
*個案篩檢表	☐ 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ ☐ 無				
轉介機構/單位					
*轉介來源	☐ [社政]保護體系【 ☐ 家暴通報(☐ 相對人 ☐ 被害人) ☐ 性侵害通報(☐ 相對人 ☐ 被害人) ☐ 兒少虐待通報】 ☐ [社政]社福體系(☐ 脆弱家庭通報 ☐ 其他：_____) ☐ [衛政]自殺通報 ☐ [衛政]毒防中心(☐ 酒癮 ☐ 藥癮 ☐ 其他：_____) ☐ [衛政]Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 ☐ 勞政體系 ☐ 教育體系 ☐ 警政、消防體系 ☐ 社區民政體系(☐ 鄰里長或里幹事 ☐ 社區民眾) ☐ 其他：_____				

*轉介目的	☐ 協助精神狀況評估 ☐ 協助轉介醫療機構 ☐ 提供精神心理社會處置及衛生教育 ☐ 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：_____				
*個案概況描述	最近一次訪視日期：西元____年__月__日，請具體描述。並敘明相關事件發生時間。				
備註	家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明				
*轉介單位			電子信箱		
*電話	電話：	分機	傳真		
*轉介日期	西元____年__月__日	*轉介人 核章		*主管核章	

