臺東縣疑似精神病人護送鑑定及就醫通知書

本表格護送人員填寫一式三聯，甲聯：衛生所，乙聯：本縣衛生局醫政科，丙聯：護送單位自存

自存

修正後

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 |  | | | 性別 |  | | 年齡 | |  | 通知就醫人  姓名 | | |  | |
| 身分證號碼 |  | | | 電話 |  | | | | | 家屬簽名 | | |  | |
| 住家地址 | 鄉  鎮 村 路 鄰 巷 號  市 里 街 段 弄 樓 | | | | | | | | | | | | | |
| 通報時病人狀況 | 日期 | 年 月 日 | | | | 地點 | |  | | | | 電話 | |  |
| 時間 |  | | | |
| 關係人姓名 |  | | | | 地址 | |  | | | | | | |
| 通報原因及事由： | | | | | | | | | | | | | |
| 病人狀況 | 事前處置情形及評估病人就醫需求： | | | | | | | | | | | | | |
| 護送單位  簽章 |  | | 護送人員簽章 | | |  | | | | | 送達醫院簽章 |  | | |
| 配合單位  簽章 |  | | 配合人員簽章 | | |  | | | | |
| 鑑定醫院醫師簽章 |  | | 醫院處置情形 | | | □留院觀察或治療  □轉院 | | | | | 接受病人轉院醫院 |  | | |
| 備註 | 一、護送單位應於送達醫院簽章後即刻函送或傳真衛生局，以利時效。FAX：230-577。  二、本通知書請依個人資料保護法相關規辦理，僅作公務使用，請勿移作他用。 | | | | | | | | | | | | | |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **臺東縣政府執行護送鑑定及就醫告知本人通知書** | | | |
| 台端因疑似精神疾病致有傷害他人或自己或有傷害之虞，於 年 月 日  時 分在 地點，依臺東縣政府依精神衛生法第32條規定，  護送至本縣指定精神醫療機構就醫，台端得依提審法相關規定向台東地方法院聲請提審，特此通知。 | | | |
| 受通知人姓名 | 小姐/先生  （受護送鑑定及就醫人為未成年人、受監護宣告人或嚴重病人，應併告知其法定代理人、監護人或保護人） | 被通知人  簽名捺印 |  |
| 通知時間 | 年 月 日 時 分 | 通知人員 |  |
| 備註 | 本通知書請依個人資料保護法相關規辦理，僅作通知使用，請勿移作他用。 | | |