

# 附表 1

傳真電話：230-577

	上班日聯絡電話	夜間及假日緊急聯絡電話
心理衛生中心	230295	330-671、332-439、310-150#333
臺東榮院醫院	222-995#1121	222-995#1142、1144
部立台東醫院	324-112#1166	341-445、324-112#1100-1103
臺東馬偕醫院	310-150#374	310-150#332~334
關山慈濟醫院	814-877、841-880#119、560	
臺東基督教醫院	960-888#1390	0989-570793

## 臺東縣政府

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

- (一) 簡式健康量表 (BSRS) 總分達 15 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)
- (二) 簡式健康量表 (BSRS) 自殺想法檢測結果達 2 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)
- (三) 達高自殺風險個案條件任何 1 項者。(請先檢視本表第 29 項所訂條件)

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「\*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

三、若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。

四、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

(一)\*本次轉介對象屬：

自殺意念者 (個案本身擁有結束生命的想法，但尚未有具體計畫與行動)

**注意事項：自殺企圖者與自殺死亡者請以線上通報(<https://sps.mohw.gov.tw>)，倘無法時再使用紙本傳真通報。**  自殺企圖者 (個案已經有自殺意念、計畫與實際行動，但並未自殺身亡。)

自殺死亡者 (個案已經有自殺意念、計畫與實際行動，並自殺身亡。)

(二)基本資料：

1、\*個案姓名：

2、\*身分證統一編號(或居留證號碼)：

3、\*性別：

4、是否為原住民： 是  否

5、\*電話(日)：

6、\*電話(夜)：

7、手機：\_\_\_\_\_

8、\*年齡： (出生： 年 月 日)

9、婚姻狀況：\_\_\_\_\_

10、教育程度：\_\_\_\_\_

11、就業情況： 有，目前從事\_\_\_\_\_  無，失業多久\_\_\_\_\_

12、戶籍住址：\_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_鄉/鎮/市/區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_

13、\*居住住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里

14、聯絡人姓名：\_\_\_\_\_

15、關係：\_\_\_\_\_

16、聯絡人電話：\_\_\_\_\_

17、聯絡人手機：\_\_\_\_\_

18、\*自殺日期：20 年 月 日

19、\*轉介日期：20 年 月 日

20、\*有無實際自殺行為： 是  否(勾選本項者，下題為勾選計畫自殺方式)

21、\*自殺方式：(可複選，最多勾選三種)

- |                                     |                                    |                                      |                                 |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自縊、勒死及窒息   | <input type="checkbox"/> 自焚        | <input type="checkbox"/> 汽車廢氣        | <input type="checkbox"/> 家用瓦斯   |
| <input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑  | <input type="checkbox"/> 溺水(淹死)；跳水 | <input type="checkbox"/> 燒炭          | <input type="checkbox"/> 其他化學物品 |
| <input type="checkbox"/> 高處跳下       | <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣   | <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑      | <input type="checkbox"/> 切穿工具   |
| <input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物 | <input type="checkbox"/> 其他藥物      | <input type="checkbox"/> 割腕          | <input type="checkbox"/> 撞擊     |
| <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量  | <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑   | <input type="checkbox"/> 以其他方式：_____ |                                 |

22、\*自殺原因：(可複選，本題最多勾選三個)

(1) 情感/人際關係

- 家人間情感因素       夫妻問題       感情因素       重大失落素：\_\_\_\_\_
- 同儕關係因素       職場人際關係因素       其他人際關係因素

(2) 精神健康/物質濫用

- 憂鬱傾向       非憂鬱傾向精神心理健康問題       物質濫用(酒、藥)
- 過去或現在罹患憂鬱症       非憂鬱症精神疾病：\_\_\_\_\_

(3) 工作/經濟

- 非人際關係職場因素       失業經濟因素       債務經濟因素       非失業及債務經濟因素

(4) 生理疾病

- 久病不癒       非久病不癒疾病因素

(5) 校園學生問題

- 非人際關係學校適應問題       校園學生的生涯規劃因素

(6) 兵役問題

- 兵役因素

(7) 其他

- 其他：\_\_\_\_\_

(8) 不詳

- 不詳

(9) 不願說明或無法說明

- 個案(家屬)不願說明       個案因身體狀況無法說明

23、\*有無其他人一起自殺： 有(關係：\_\_\_\_\_ )       無

24、\*自殺後身體狀況： 穩定       惡化       垂危

25、\*過去精神疾病史： 不詳       無       有，診斷病名：\_\_\_\_\_       酒癮       藥(毒)癮

26、\*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務： 是       否

27、轉介機關(構)個案處置情形：

◎是否已開案？ 是，已提供\_\_\_\_\_服務       否\_\_\_\_\_

◎轉介後，是否繼續服務個案？ 是\_\_\_\_\_       否\_\_\_\_\_

◎希望衛生機關對個案提供何種服務？ 轉介精神醫療服務       轉介心理輔導       收案關懷及追蹤       其他

◎檢附相關評估表供參 有\_\_\_\_\_       無\_\_\_\_\_

28、\*測量簡式健康量表(BSRS)結果：

請圈選最近一個星期(含今天)，個案對下列各項目造成困擾的嚴重程度(個案感受)

	不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張或不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★有自殺的想法	0	1	2	3	4

請填寫檢測結果：1-5題總分：\_\_\_\_\_分，★自殺想法：\_\_\_\_\_分

說明：

1. 1至5題之總分：

(1) 得分0~5分：身心適應狀況良好。

(2) 得分6~9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分10~14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分>15分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2. ★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分為2分以上時，建議轉介至精神科。

29. \*高自殺風險個案條件：(可複選)

- 1. 再自殺個案
- 2. 本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者
- 3. 個案陳述有具體自殺計畫(包含明確的時間與自殺方式)
- 4. 65歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人

30. 其他相關資訊：

轉介機關(構)：

轉介人員：

單位主管：

電 話：

傳 真：

轉介日期： 年 月

日

自殺高風險個案轉介處理回覆單

說明：應於接受轉介單後7個工作天內回覆轉介機關(構)評估收案與否。

個案姓名	身分證統一編號 (或居留證號碼)	受理日期	年 月 日	回覆日期	年 月 日
回覆處理情形	1、評估結果： <b>(自殺企圖與死亡個案收案關懷，意念個案須經評估後收案)</b>				
	<input type="checkbox"/> 收案： (1) 開案日期： 年 月 日 (2) 協助事項：(可複選) <input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 轉介心理輔導 <input type="checkbox"/> 收案關懷及追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
<input type="checkbox"/> 未收案：(可複選) <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。 <input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 <input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要訴求非衛生機關(構)之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關(構)繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____					
2、其他建議處置或補充說明：_____					

	評估人員：	單位主管：
	電 話：	傳 真：