

臺東縣社區心理衛生中心

高風險精神病人轉介單 *為必填

113.09.10修訂

*身份證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元____年__月__日，__歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中 <input type="radio"/> 高職 <input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 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： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 否		
	可協助訪視者，朋友/鄰里長/鄰居/社工		
*收案條件	<input type="radio"/> 第1類:非追蹤關懷之護送就醫病人	<input type="radio"/> Call Center 專線	<input type="radio"/> 網絡轉介者
/精神照護 級別	<input type="radio"/> 第2類:衛生局追蹤保護中之困難精神病個案	<input type="radio"/> 一級 <input type="radio"/> 二級 <input type="radio"/> 三級 <input type="radio"/> 四級 <input type="radio"/> 五級 <input type="radio"/> 銷案中	
	<input type="radio"/> 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： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 2. 社區生活功能障礙： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 3. 家屬對患者照顧之態度： <input type="radio"/> 積極 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 置之不理 <input type="radio"/> 失聯 4. 心理問題： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 5. 醫療上的問題： <input type="radio"/> 無服藥 <input type="radio"/> 無回診 <input type="radio"/> 無病識感		
主要問題內容	<input type="checkbox"/> 暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 干擾破壞 <input type="checkbox"/> 自殺自傷 <input type="checkbox"/> 精神病症狀干擾 <input type="checkbox"/> 不願就醫 <input type="checkbox"/> 退化無法自我照顧 <input type="checkbox"/> 藥物遵從性不佳 <input type="checkbox"/> 其他(請描述)：_____		
轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助個案精神狀況評估及轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

訪視摘要					
*衛生局 評估日期	西元__年__月__日	*評估人員		*單位主管	
		*電話			
衛生局審核					
*審核結果	<input type="radio"/> 同意開案，轉介機構_____；日期：西元____年__月__日 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 開案，日期：____年__月__日 <input type="radio"/> 無法開案，理由： <input type="radio"/> 因個案電話或地址錯誤無法聯繫 <input type="radio"/> 個案或家屬強烈拒絕接受服務(已依計畫所訂拒訪 SOP 處理) <input type="radio"/> 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			
請貴單位填妥上列個案轉介資料回傳至臺東市社區心理衛生中心 email to : ttshbmh230295@taitung.gov.tw 或傳真 to: 089-230577 如有疑問請洽 089-230598#209 心衛中心護理師，本中心接獲轉介單後，將盡速與您聯絡					