

臺東縣衛生局社區心理衛生中心諮商服務申請表

111.07.27修正

案號： _____ 申請日期： _____ 年 月 日

個案來源	<input type="checkbox"/> 機構轉介(須加填紅色框內資料)		<input type="checkbox"/> 本人申請		
轉介單位			主要聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> E-mail	
轉介者	職稱		聯絡電話		
E-mail					
轉介/初談前確認事項	<input type="checkbox"/> 已取得案主同意-案主須有意願接受服務，並同意能配合服務相關事項，且經評估後，個案之需求為本中心可提供後續服務者。若經評估後個案需求非本中心所能提供服務，則轉介其他資源。				
個案分類	<input type="checkbox"/> 憂鬱及焦慮相關症狀 <input type="checkbox"/> 最近6個月內曾被診斷過有精神官能症，並經精神科醫師評估轉介者 <input type="checkbox"/> BSRS-5 10-14分 ※或出現以下症狀持續兩週以上 <input type="checkbox"/> 心情低落鬱悶、失去快樂/喜悅的感受 <input type="checkbox"/> 莫名的焦慮緊張 <input type="checkbox"/> 不尋常的害怕情緒 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 感覺浮躁、不耐煩、無法專心或心中一片空白 <input type="checkbox"/> 飲食或睡眠失調 <input type="checkbox"/> 無用感、無價值感等負面思想 <input type="checkbox"/> 坐立不安或過少活動		<input type="checkbox"/> 照顧者議題 <input type="checkbox"/> 老老照顧、長期或重大疾病照顧者、家庭照顧者、職場照顧者(一邊工作一邊需照顧家屬)及幼兒照顧者 <input type="checkbox"/> 最近6個月內個人面臨重大生活事件(例如：喪親、離異、家暴、家變等) <input type="checkbox"/> 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能，產生負面影響者		<input type="checkbox"/> 重大意外事件引發 <input type="checkbox"/> 重大意外事件需危機介入者 ※最近6個月內面臨重大意外事件，出現以下症狀持續一個月以上 <input type="checkbox"/> 與創傷事件相關反覆之痛苦回憶或夢境，或是類似情境引發之強烈心理痛苦或生理反應 <input type="checkbox"/> 持續逃避與此創傷有關之刺激 <input type="checkbox"/> 麻木反應 <input type="checkbox"/> 過度警覺，如難以入睡或難以維持睡眠、易怒、注意力不集中、易受驚嚇 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)
個案姓名	身分證字號		學歷		<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 碩士或以上
生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	感情狀態(請複選)	
服務單位	職稱		語言	生日	年 月 日
聯絡電話					
聯絡地址					
緊急聯絡人	緊急聯絡人電話		關係		

問題類型	___人際關係 ___家庭議題 ___親子溝通 ___親密關係 ___性別議題 ___情緒困擾 ___受暴/目睹暴力 ___創傷事件 ___喪親失落 ___疾病適應 ___成癮問題 ___(反覆)自傷/自殺意念 ___(反覆)自傷/自殺行為 ___照顧壓力 ___職場壓力 ___生活適應 ___自我探索 ___其他：_____	家 系 圖	
若有多項問題類型，標記緊急/重要程度排序 1 為最重要、2 為其次，依此類推			

社福資源運用情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類型：○社會福利 ○法律諮詢 ○特殊教育 ○其他：_____
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

個人及家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自身曾就診或家中成員有身心科病史，請敘明診斷或問題： <input type="checkbox"/> 生理疾病史(如過敏、氣喘、高血壓、癌症、慢性病、動過的手術)，請敘明個案狀況：
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

個案簡略身心狀況評估	BSRS 計分：_____分 (必填，並附上附件一施測結果) ※如有出現上述欄位未出現之身心、情緒反應，請列舉並說明持續時間
-------------------	-------------------------------------------------------------------

轉介者評估、諮商目標與諮商期待	(請含個案處境敘述、已介入處遇及效果、諮商目標與期待)
------------------------	-----------------------------

無法接受服務時間 (以嘆標記)		週一	週二	週三	週四	週五
	上午					
	下午					
	夜間					

請貴單位填妥上列個案轉介資料，
 填妥後傳真至心理衛生中心 089-230577，或 e-mail 至 phbj051@ttshb.taitung.gov.tw
 如有疑問請電 089-230598，本中心接獲轉介單後，將盡速與您聯絡
 虛線以下由社區心理衛生中心填寫，轉介單位請勿填寫

基本評估	<input type="checkbox"/> 簡式健康量表	<input type="checkbox"/> 社會支持、經濟狀況評估	<input type="checkbox"/> 轉介	<input type="checkbox"/> 主動求助
-------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

	<input type="checkbox"/> 總分大於9分 <input type="checkbox"/> 第6題大於等於1分	<input type="checkbox"/> 無社會支持或支持系統薄弱 <input type="checkbox"/> 低收入或近貧 <input type="checkbox"/> 無業、遭裁員或休無薪假 <input type="checkbox"/> 親屬遭裁員或休無薪假	<input type="checkbox"/> 經其他機構轉介 <input type="checkbox"/> 經心衛社工轉介 <input type="checkbox"/> 經自殺/精神關訪員轉介 <input type="checkbox"/> 經地方衛生所轉介	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> E-Mail
類型評估	<input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 家庭議題 <input type="checkbox"/> 親子溝通 <input type="checkbox"/> 親密關係 <input type="checkbox"/> 性別議題 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 受暴/目睹暴力 <input type="checkbox"/> 創傷事件 <input type="checkbox"/> 喪親失落 <input type="checkbox"/> 疾病適應 <input type="checkbox"/> 成癮問題 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> (反覆)自傷/自殺意念 <input type="checkbox"/> (反覆)自傷/自殺行為 <input type="checkbox"/> 照顧壓力 <input type="checkbox"/> 職場壓力 <input type="checkbox"/> 生活適應			
轉介評估	<input type="checkbox"/> 優先轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 急性期精神病人 <input type="checkbox"/> 多重問題困擾需長期心理治療者 <input type="checkbox"/> 因生理狀況影響無法接受心理諮商服務者 <input type="checkbox"/> 人格疾患需長期心理治療者 <input type="checkbox"/> 其他原因影響致使無法接受心理諮商服務者	<input type="checkbox"/> 轉介/通報相關機構 <input type="checkbox"/> 已出現自殺行為者或有強烈自殺傾向或有立即性危險(轉介自殺防治中心) <input type="checkbox"/> 家庭成員間有身體或精神上不法侵害之行為者(轉介社會處家暴性侵害防治中心) <input type="checkbox"/> 因家庭成員關係紊亂、家庭衝突、疾病、貧困或失業等因素，以致影響兒少照顧及身心正常發展(轉介社會處) <input type="checkbox"/> 轉介其他單位(例如學諮中心、長照等)	<input type="checkbox"/> 提供服務 <input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 家庭治療 <input type="checkbox"/> 伴侶諮商 <input type="checkbox"/> 團體諮商 <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 其他	
評估結果	<input type="checkbox"/> 不開案 <input type="checkbox"/> 開案 <input type="checkbox"/> 有疑義待核示 <input type="checkbox"/> 轉介或通報相關局處 說明： 1.			
				評估人員：_____

簡式健康表(BSRS-5)

姓 名：_____ 性 別：_____

教育程度：_____ 聯絡電話：_____

出生日期：_____年_____月_____日 填表日期：_____年_____月_____日

(與轉介單同傳時，本表個案基本資料可免填，但**必須註明填表日期**)

說明：本表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況。

請您仔細回想，最近這一星期中(包含今天)，下列敘述讓您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1.感覺緊張不安	0	1	2	3	4
2.覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
3.感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
4.覺得比不上別人	0	1	2	3	4
5.睡眠困難 譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
巨有自殺的想法	0	1	2	3	4

總 分：_____ (前5題的分數加總)

0-5 分 一般正常範圍

6-9 分 輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒

10-14 分 中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢

15 分以上 重度情緒困擾，需高度關懷，建議尋求精神醫療專業諮詢

巨為附加題，本題評分為 2 分以上(中等程度)時，建議尋求精神醫療處置