

臺東縣臺東市社區心理衛生中心機構轉介申請表

113.03.15修訂

案號： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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"/> 已取得業主同意 -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。 注意：本中心無指定心理師之服務。				

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"/> 高中職 <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)	
				1. 未婚/已婚/離婚/喪偶 2. 單身/交往中 3. 同居/分居	
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 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	<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"/> (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 <input type="checkbox"/> 自我探索 其他：_____	家系圖	

社福資源運用情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類型： <input type="radio"/> 社會福利 <input type="radio"/> 法律諮詢 <input type="radio"/> 特殊教育 <input type="radio"/> 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	附件一簡式健康量表 BSR5-5 計分：_____ 分 (必填，並附上施測結果) ※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	個案處境敘述/進案原因(例，自殺通報、精照列管):
	已介入處遇及效果:
	個案諮商目標與期待:

無法接受服務時間 (以×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及下頁簡式健康表(BSR5-5)後，回傳至心衛心中承辦窗口：

email to : phb0076@ttshb.taitung.gov.tw

或

傳真 to: 089-230577

如有疑問請電089-230598

本中心接獲轉介單後，將盡速與您聯絡

簡式健康量表(BSRS-5)/轉介

姓名		生理性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 碩士或以上	連絡電話	
出生日期		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
★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

★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