

彰化縣疑似精神病人個案轉介單

請傳真至 (04) 7251004 傳真後請來電確認 或 MAIL 至： 398164@cch.org.tw	聯絡電話： (04) 7238595#7185 彰基 精神醫學部 張儀丰 專案個管	轉介注意事項： 1. 須配合受理醫療機構共訪機制 2. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」
轉介機構/單位		
轉介來源 (必填)	<input type="radio"/> [社政] 保護體系 【 <input type="checkbox"/> 家暴通報 (<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報 (<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="radio"/> [社政] 社福體系 (<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政] 自殺通報 <input type="radio"/> [衛政] 毒防中心 (<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政體系 <input type="radio"/> 消防體系 <input type="radio"/> 社區民政體系 (<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="radio"/> 其他：_____	
身分證字號 (必填)		姓名(必填)
出生日期	____年__月__日，__歲	性別(必填) <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別
聯絡電話 (必填)		訪視地址 (必填)
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	
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	
計畫轉介告知(必填)	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 無法告知 *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	_____ 姓名 / _____ 電話 / _____ 關係	
個案篩檢表 (必填)	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無	
主要問題 內容(必填)	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險 (<input type="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧 (請描述)：_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他 (請描述)：_____	

轉介目的 (必填)	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <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：_____				
個案概況描述(必填)	最近一次訪視日期：__年__月__日，請具體描述。並敘明相關事件發生時間。				
備註	家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明				
轉介單位 (必填)			電子信箱		
電話(必填)	電話：	分機	傳真		
轉介日期(必填)	轉介人(必填)		主管核章(必填)		
衛生局處理情形(必填)					
<p><input type="radio"/>轉介醫療機構，受轉介機構：_____</p> <p>協助事項：<input type="checkbox"/>協助評估精神狀況<input type="checkbox"/>轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/>提供後續追蹤及關懷</p> <p><input type="radio"/>不轉介：</p> <p><input type="radio"/>已為精神照護系統服務個案。</p> <p><input type="radio"/>資料不足，無法評估轉介與否。</p> <p><input type="radio"/>無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。</p> <p><input type="radio"/>不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。</p> <p><input type="radio"/>個案主要需求非衛生機關之服務項目。</p> <p><input type="radio"/>考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。</p> <p><input type="radio"/>其他原因(請描述)：_____</p>					
衛生局 評估日期	__年__月__日		評估人員	單位主管	
			電話		
衛生局 轉介日期	__年__月__日		評估人員	單位主管	
			電話		

備註：1. 符合轉介條件，由衛生局通知醫療機構辦理後續派案服務事宜。
 2. 倘無須轉介，由衛生局回覆處理狀況予原網絡轉介機關(構)單位，接續提供服務，或補正相關資料後再行轉介。

填答日期： 年 月 日

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 (請續填以下各項) 否

- a. 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例子-時間/內容)_____

- b. 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例子)_____

- c. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)_____

- d. 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)_____

- e. 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)

5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 否

6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

填答日期： 年 月 日

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

-
3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

f. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 (請續填以下各項) 否

你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？

(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：你知道是那些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)

g. 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例子)_____

h. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

i. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：

你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？你聽到聲音在彼此講話嗎？

這些聲音會不會叫你去做事？叫你去傷害別人或傷害自己？

你以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？

你如果不照做會發生甚麼事？

j. 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)_____

4. (社工自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？

-
5. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否

你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率)_____