

# 桃園市社區（疑似）精神病患通報/轉介說明

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通報 / 轉介標準 | <p><b>一、建議通報/轉介之(疑似)精神病人，需符合下列至少一項活性症狀：</b></p> <p>(一) 於非物質或酒精使用影響下，個案出現以下一項（含）以上精神症狀者，可考慮通報：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 幻聽、幻覺、妄想。</li> <li>2. 答非所問、語無倫次(思考或語言上不連貫，無法聚焦)。</li> <li>3. 因幻覺或妄想而產生與現實脫節之怪異行為合併不穩定之精神狀況。</li> </ol> <p>(二) 曾被診斷精神疾病但又病發(參考下列第三點)，且未曾有衛生單位協助處理。</p> <p><b>二、建議通報/轉介之(疑似)精神病人，須排除以下情形：</b></p> <p>(一) 疑似為單純失智、人格疾患、智能障礙、自閉症、亞斯伯格、過動症、強迫症及囤積症等疾病之個案，建議循現行權責單位轉介服務。</p> <p>(二) 若活性症狀明顯僅於物質或酒精使用當下出現，建議轉介相關成癮或毒防單位。</p> <p>(三) 自殺行為個案，請直接至衛福部自殺防治通報系統進行線上通報。</p> <p>(四) 在精神復健機構(含日間型及住宿型機構)、日間照顧/訓練機構、庇護工場、安養(護)機構、精神護理之家等接受機構式照顧服務的個案，當個案有狀況時，請機構單位先行處理。</p> <p><b>三、衛福部精神關懷收案診斷標準供參：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一) F20 (思覺失調症)</li> <li>(二) F25 (分裂情感性障礙)</li> <li>(三) F30 (躁症)</li> <li>(四) F31 (雙向情緒障礙症)</li> <li>(五) F22 (持久的妄想性障礙)</li> <li>(六) F06.0 (生理狀況引起有幻覺的精神病症)</li> <li>(七) F06.1(生理狀況引起的僵直症)</li> <li>(八) F06.2(生理狀況引起有妄想的精神病症)</li> <li>(九) F06.33(生理狀況引起有躁症特徵的情緒障礙症)</li> <li>(十) F06.34(生理狀況引起有混合特徵的情緒障礙症)</li> <li>(十一) F06.8(生理狀況引起的其他特定精神疾病)</li> </ol> |
| 其他        | <p><b>一、通報/轉介單位請注意資料正確性，詳細查填通報/轉介單內所有資料後，以電子郵件寄至：<a href="mailto:TYMENTAL2025@gmail.com">TYMENTAL2025@gmail.com</a>(英文大小寫均可)，並來電 03-3134995 分機 19 向承辦確認收件。</b></p> <p><b>二、衛生局收件後，將由專人聯繫通報人，評估是否啟動後續關懷訪視服務及醫療資源轉介。</b></p> <p><b>三、符合派案標準者，後續由轄區衛生所於 7 個工作天內進行關懷訪視，倘轉介網絡單位欲知悉詳細訪視資料，請填寫「網絡聯繫單」，於單位主管核示後寄給本局，本局將協助連繫所轄衛生所進行資訊連結，故請轉介單位務必填寫傳真電話。</b></p> <p><b>四、非列管個案通報/轉介如已逾3個月，請再次填寫通報/轉介單進行通報/轉介。</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

# 桃園市社區(疑似)精神病患通報/轉介單(民眾版)

114年7月修訂  
114年2月更新  
113年9月更新  
112年12月修訂  
112年8月修訂

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |            |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 通報單位<br>(請填全銜) | <input type="checkbox"/> 民眾自行陳情<br>通報/轉介日期：____年____月____日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |            |
| 通報者姓名          | 關係：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 聯絡電話：_____                                                                              | 傳真電話：_____ |
| 服務轉介需知         | <p>*為避免無效通報或誤報，請確認以下需知。</p> <p><input type="checkbox"/>通報人之聯絡電話為必填資訊，若無法尋到通報人確認案情，將視為無效通報，通報人資訊與電話僅供承辦人員連繫用。</p> <p><input type="checkbox"/>請先閱讀第一頁說明之通報/轉介標準以了解本業務服務內容。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |            |
| <b>個案基本資料</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |            |
| 個案姓名           | 出生日期：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元性別 |            |
| 身分證字號          | 聯絡電話：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 手機：_____                                                                                |            |
| 戶籍地址           | ____市/縣____區/市/鎮/鄉____里____鄰____路/街____段____巷____弄____號____樓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |            |
| 通訊地址           | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址<br>____市/縣____區/市/鎮/鄉____里____鄰____路/街____段____巷____弄____號____樓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |            |
| 教育程度           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |            |
| 職業             | <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 士 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 其他_____<br><input type="checkbox"/> 無： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |            |
| 婚姻狀況           | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |            |
| 就醫情形           | <input type="checkbox"/> 曾就醫，就醫醫院/年份：(1)_____ (2)_____<br><input type="checkbox"/> 規則就醫、服藥 <input type="checkbox"/> 規則就醫但不規則服藥 精神科藥物： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑<br><input type="checkbox"/> 不規則就醫 <input type="checkbox"/> 未曾就醫 <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |            |
| 居住狀況與家庭背景      | 1. 居住現況： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>2. 家庭成員：父： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 同住；母： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 同住；配偶： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 同住； <input type="checkbox"/> 其他_____<br>子女： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，共____人，同住____人；手足： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，共____人，同住____人<br>3. 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳 ( <input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____)<br>4. 家屬與個案態度： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                         |            |
| 主要照顧者          | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，主要照顧者姓名：_____ 關係：_____ 聯繫電話：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         |            |
| <b>個案疾病概況</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |            |
| 疾病診斷           | <input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 躁症 <input type="checkbox"/> 鬱症 <input type="checkbox"/> 妄想症 <input type="checkbox"/> 藥酒癮<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                         |            |
| 身心障礙手冊         | <input type="checkbox"/> 有，疾病名稱：_____ 障礙類別第____類， <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |            |
| 主要症狀           | 情感： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 過度愉悅 <input type="checkbox"/> 情緒變化快 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 害怕<br>行為： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 激躁不安 <input type="checkbox"/> 攻擊 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 強迫 <input type="checkbox"/> 人際退縮 <input type="checkbox"/> 騷亂<br><input type="checkbox"/> 囤積 <input type="checkbox"/> 過度花錢 <input type="checkbox"/> 衝動性行為 <input type="checkbox"/> 睡眠需求減少 <input type="checkbox"/> 不語/呆僵 <input type="checkbox"/> 自殺/自傷<br>思考： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 與現實脫節之固著想法(妄想) <input type="checkbox"/> 思考跳題 <input type="checkbox"/> 語無倫次<br>知覺： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____<br>其他問題：_____<br>物質濫用史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 鎮靜安眠藥 <input type="checkbox"/> 管制藥品或毒品 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 戒癮已逾一個月<br>*出現前述症狀時，個案當下是否使用藥酒等成癮物質： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳<br>一個月內曾 <input type="checkbox"/> 精神科急診 <input type="checkbox"/> 警消護送就醫： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，日期：____月____日 |                                                                                         |            |

|                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                 |  |     |             |
|------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|-----|-------------|
| 案 情 摘 要<br>※請詳加描述      |  | 案情概述（針對此次轉介情事進行簡述）：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                 |  |     |             |
| 衛 生 局 審 核              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                 |  |     |             |
| 派 案 / 轉 知<br>( 免 陳 核 ) |  | <input type="checkbox"/> 新案，____年____月____日，編號____<br>派案予：____衛生所，應回復日期____年____月____日<br><input type="checkbox"/> 疑似個案關懷中，轉知主責單位：<br><input type="checkbox"/> 精照系統列管個案，轉知主責人員：                                                                                                                                                                                                                                                |  |                 |  |     | 派 案 人 員 核 章 |
|                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                 |  |     |             |
| 不 派 案                  |  | 原因：<br><input type="checkbox"/> 轉介優化 <input type="checkbox"/> 住院/住機構中 <input type="checkbox"/> 已規則回診 <input type="checkbox"/> 精照列管中 <input type="checkbox"/> 非精神議題 <input type="checkbox"/> 無法訪視到<br><input type="checkbox"/> 其他：                                                                                                                                                                                              |  |                 |  |     |             |
| 辦 理 摘 要                |  | 已於____年____月____日回復通報/轉介人，本案 <input type="checkbox"/> 派案 <input type="checkbox"/> 不派案，並提供 <input type="checkbox"/> 醫療諮詢<br><input type="checkbox"/> 護送就醫要件說明 <input type="checkbox"/> 心理諮詢資源 <input type="checkbox"/> 戒癮資源 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 通報關懷 e 起來<br><input type="checkbox"/> 其他_____<br>回復方式： <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 電話 |  |                 |  |     |             |
| 承<br>辦<br>人            |  | 督 導<br>/<br>執 秘                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 股 長<br>/<br>技 正 |  | 科 長 |             |