

桃園市政府衛生局社區心理衛生中心服務申請表

日期：____年____月____日

服務區域：八德區 桃園區 蘆竹區 平鎮區

個案來源	<input type="checkbox"/> 網絡單位轉介				
轉介單位	單位類別		<input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 警消 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
轉介者/ 職稱	主管核章				
聯絡電話	E-mail				
個案姓名	生日	年	月	日	身分證 字號
生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分別	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍人士	婚姻	<input type="checkbox"/> 單身/未婚 <input type="checkbox"/> 已婚/同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶
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 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士以上				
身分別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 新移民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 精神疾患之照顧者 <input type="checkbox"/> 孕產婦 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 其他_____				
職業	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 漁 <input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> 服務 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
聯絡電話	手機				
聯絡地址					
緊急聯絡人	緊急聯絡人 電話	關係			
主題類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 主要壓力源/事件：_____。 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 生涯議題 <input type="checkbox"/> 職場壓力 <input type="checkbox"/> 失落悲傷 <input type="checkbox"/> 感情困擾 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 性別關係 <input type="checkbox"/> 家庭困擾 <input type="checkbox"/> 親子關係 <input type="checkbox"/> 夫妻關係 <input type="checkbox"/> 其他_____				
曾接受 晤談經驗	<input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 心理諮詢 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 心理衡鑑 單位：_____ 期程：_____ <input type="checkbox"/> 否				
精神醫療 診經驗	<input type="checkbox"/> 有。醫院/診所：_____ 診斷： <input type="checkbox"/> ICD9：_____ <input type="checkbox"/> ICD10：_____ <input type="checkbox"/> 無				
精神醫療 就醫情況 (近一個月)	服藥： <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 無需求 就醫： <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 無需求 醫師開立照會醫囑單： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

最近一週之身心狀況	請圈選您認為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. 睡眠困難	0	1	2	3	4
	2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
	3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
	4. 感覺憂鬱心情低落	0	1	2	3	4
	5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6. 有過自殺的念頭	0	1	2	3	4	
方便連絡時間(可複選)	<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午					
轉介單位評估說明	是否有使用現有資源(請說明)： <hr/>					
	家系圖： 					
	個案問題摘要及評估說明： 					
收案回復	<input type="checkbox"/> 收案。					
	<input type="checkbox"/> 不收案，原因 <hr/>					
	<input type="checkbox"/> 不收案，請優先使用原有資源。					
	<input type="checkbox"/> 不收案，建議轉介相關資源 <hr/>					
督導：_____ 回復日期：_____						

*完成服務申請表後請E mail至桃園市社區心理衛生中心公務信箱並致電各中心社區心理衛生中心督導確認。E mail：tycgmental1995@gmail.com 並致電各中心社區心理衛生中心督導確認。

八德區社區心理衛生中心（八德、中壢、龍潭區）03-3656995

桃園區社區心理衛生中心（桃園、龜山、楊梅區）03-3360102

蘆竹區社區心理衛生中心（蘆竹、大園、新屋、觀音區）03-3134995

平鎮區社區心理衛生中心（平鎮、大溪、復興區）03-4031153