

桃園市社區（疑似）精神病患通報/轉介說明

通報 / 轉介標準	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： (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： 1. 幻聽、幻覺、妄想。 2. 答非所問、語無倫次(思考或語言上不連貫，無法聚焦)。 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。 (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。 二、建議通報/轉介之(疑似)精神病人，須排除以下情形： (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。 (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。 (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。 (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。 三、衛福部精神關懷收案診斷標準供參： (一) F20 (思覺失調症) (二) F25 (分裂情感性障礙) (三) F30 (躁症) (四) F31 (雙向情緒障礙症) (五) F22 (持久的妄想性障礙) (六) F06.0 (生理狀況引起有幻覺的精神病症) (七) F06.1(生理狀況引起的僵直症) (八) F06.2(生理狀況引起有妄想的精神病症) (九) F06.33(生理狀況引起有躁症特徵的情緒障礙症) (十) F06.34(生理狀況引起有混合特徵的情緒障礙症) (十一) F06.8(生理狀況引起的其他特定精神疾病)
其他	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，以電子郵件寄至:TYMENTAL2025@gmail.com(英文大小寫均可)，並來電 03-3340935 分機 3025 向承辦確認收件。 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。 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。 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。

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 (請填全銜)	☐ 民眾自行陳情 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	* 為避免無效通報或誤報，請確認以下需知。 ☐ 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。 ☐ 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。		
個案基本資料			
個案姓名	出生日期：_____	性別： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 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	☐ 同戶籍地址 ____市/縣____區/市/鎮/鄉____里____鄰____路/街____段____巷____弄____號____樓		
教育程度	☐ 無 ☐ 小學 ☐ 國中 ☐ 高中(職) ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 碩士 ☐ 博士 ☐ 不詳		
職業	☐ 有： ☐ 士 ☐ 農 ☐ 工 ☐ 商 ☐ 家管 ☐ 其他_____ ☐ 無： ☐ 學生 ☐ 退休 ☐ 其他_____ ☐ 不詳		
婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 分居 ☐ 同居 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 ☐ 再婚 ☐ 其他_____ ☐ 不詳		
就醫情形	☐ 曾就醫，就醫醫院/年份：(1)_____ (2)_____ ☐ 規則就醫、服藥 ☐ 規則就醫但不規則服藥 精神科藥物： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 滴劑 ☐ 不規則就醫 ☐ 未曾就醫 ☐ 不詳		
居住狀況與家庭背景	1. 居住現況： ☐ 自有住宅 ☐ 獨居 ☐ 租屋 ☐ 其他_____ 2. 家庭成員：父： ☐ 存 ☐ 同住；母： ☐ 存 ☐ 同住；配偶： ☐ 存 ☐ 同住； ☐ 其他_____ 子女： ☐ 無 ☐ 有，共____人，同住____人；手足： ☐ 無 ☐ 有，共____人，同住____人 3. 家庭經濟狀況： ☐ 佳 ☐ 小康 ☐ 普通 ☐ 不佳 (☐ 低收入補助 ☐ 障礙補助 ☐ 其他_____) 4. 家屬與個案態度： ☐ 過分關心 ☐ 關心 ☐ 不關心 ☐ 有放棄意念 ☐ 關係緊張或衝突		
主要照顧者	☐ 無 ☐ 有，主要照顧者姓名：_____ 關係：_____ 聯繫電話：_____		
個案疾病概況			
疾病診斷	☐ 思覺失調症 ☐ 情感性精神病 ☐ 躁症 ☐ 鬱症 ☐ 妄想症 ☐ 藥酒癮 ☐ 其他：_____ ☐ 不詳		
身心障礙手冊	☐ 有，疾病名稱：_____ 障礙類別第____類， ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度		
主要症狀	情感： ☐ 無異常 ☐ 憂鬱 ☐ 焦慮 ☐ 易怒 ☐ 過度愉悅 ☐ 情緒變化快 ☐ 冷漠 ☐ 害怕 行為： ☐ 無異常 ☐ 激躁不安 ☐ 攻擊 ☐ 謾罵 ☐ 破壞 ☐ 強迫 ☐ 人際退縮 ☐ 騷亂 ☐ 囤積 ☐ 過度花錢 ☐ 衝動性行為 ☐ 睡眠需求減少 ☐ 不語/呆僵 ☐ 自殺/自傷 思考： ☐ 無異常 ☐ 與現實脫節之固著想法(妄想) ☐ 思考跳題 ☐ 語無倫次 知覺： ☐ 無異常 ☐ 幻聽 ☐ 幻視 ☐ 其他：_____ 其他問題：_____ 物質濫用史： ☐ 無 ☐ 酒 ☐ 鎮靜安眠藥 ☐ 管制藥品或毒品 ☐ 不詳 ☐ 戒癮已逾一個月 * 出現前述症狀時，個案當下是否使用藥酒等成癮物質： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不詳 一個月內曾 ☐ 精神科急診 ☐ 警消護送就醫： ☐ 是 ☐ 否，日期：____月____日		

案 情 摘 要 ※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 (免 陳 核)		☐ 新案，____年____月____日，編號____ 派案予：____衛生所，應回復日期____年____月____日 ☐ 疑似個案關懷中，轉知主責單位： ☐ 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： ☐ 轉介優化 ☐ 住院/住機構中 ☐ 已規則回診 ☐ 精照列管中 ☐ 非精神議題 ☐ 無法訪視到 ☐ 其他：					
辦 理 摘 要		已於____年____月____日回復通報/轉介人，本案 ☐ 派案 ☐ 不派案，並提供 ☐ 醫療諮詢 ☐ 護送就醫要件說明 ☐ 心理諮詢資源 ☐ 戒癮資源 ☐ 自殺通報 ☐ 通報關懷 e 起來 ☐ 其他_____ 回復方式： ☐ 傳真 ☐ 電子郵件 ☐ 電話					
承 辦 人		督 導 / 執 秘		股 長 / 技 正		科 長	