

桃園市社區(疑似)精神病患通報/轉介單

年 月 日

通報來源單位 (請填全銜)	☐ 社政單位： ☐ 醫療院所： ☐ 勞工單位：			☐ 教育單位： ☐ 衛生局/所： ☐ 民眾陳情 ☐ 其他：		
通報者姓名			關係：	聯絡電話：		傳真電話：
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	☐ 有就醫，就醫醫院/年份：(1)_____ (2)_____ ☐ 無就醫，原因簡述：_____ ☐ 不詳					
疾病診斷	☐ 思覺失調症 ☐ 情感性精神病 ☐ 妄想症 ☐ 憂鬱症 ☐ 藥酒癮 ☐ 疑似精神病					
身心障礙手冊	☐ 無 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度			嚴重病人： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不詳		
居住狀況與 家庭背景	1. 居住現況： ☐ 自有住宅(同住人姓名/關係：_____) ☐ 獨居 ☐ 借住 ☐ 同居(同居人姓名/關係：_____) ☐ 其他 2. 家庭成員： ☐ 雙親1(稱謂：_____) ☐ 雙親2(稱謂：_____) ☐ 手足(稱謂：_____) ☐ 配偶 ☐ 子女(稱謂：_____) ☐ 其他_____ 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：_____) 主要照顧者電話：_____ 手機：_____ 是否與個案同住： ☐ 是 ☐ 否，主要照顧者地址：_____					
保護人資料	☐ 無 ☐ 有：姓名_____ 身分證字號：_____ 出生日期： 電話：_____ 手機：_____ 地址： 關係： ☐ 雙親(稱謂：_____) ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 手足 ☐ 祖孫 ☐ 村里長、幹事 ☐ 衛生單位人員 ☐ 其他					
個案概況/ 主要問題	就醫及服藥問題： ☐ 拒絕就醫 ☐ 就醫不規則 ☐ 服藥不規則 ☐ 服藥副作用 ☐ 其他 精神及行為問題： ☐ 情緒不穩定 ☐ 人際關係差 ☐ 幻聽、妄想 ☐ 自殺 ☐ 自傷 ☐ 暴力 ☐ 破壞 ☐ 干擾 ☐ 謾罵 ☐ 自語 ☐ 其他 家庭及生活問題： ☐ 家庭支持度不佳 ☐ 醫療及生活衛教 ☐ 社會功能退化 ☐ 社區關係差 ☐ 自我照顧能力差 ☐ 就業問題 ☐ 社會資源問題(含經濟) ☐ 居住問題 ☐ 其他					
轉介目的	☐ 建立個案病識感 ☐ 建立規則就醫及服藥 ☐ 提供精神疾病及藥物衛教 ☐ 重建家庭支持系統 ☐ 改善個案人際互動關係 ☐ 危機處理及提供短期就醫資源 ☐ 協助制定復健計畫 ☐ 協助參加社區復健方案 ☐ 協助培養健康規律的生活					

		☐ 醫師到府評估 ☐ 其他				
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）：				
已執行之事項 及 服務過程概述		一、服務過程概述及已執行關懷該案之事項：（電話/家訪次數及過程，大致填寫即可） 及過程概述：（☐電話，次數____；☐家訪，次數____服務期間：_____） 二、目前已處理及協助方式： （一）醫療：☐增強規則門診☐增強規則服藥☐急性期協助就醫☐協助強制住院 ☐危機處理☐提供個案及家屬精神疾病及藥物衛教 （二）其他資源：☐情緒支持☐提供及轉介教育資源 ☐提供法律諮詢☐就業服務站 ☐提供社會福利資源 （三）轉介：☐居家☐日間☐社區復健中心☐康家☐家防/兒少中心☐其他 三、其他補述：				
衛生局 審核		派案/轉知(免陳核)： ☐ 新案，派案子： ☐ 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(請完成以下陳核流程)：				
		承辦人		股長 / 技正		科長
		執秘				

一、資料填寫無誤後，請以電子郵件寄至：TYMENTAL2025@gmail.com，並來電03-3134995分機19向承辦確認收件。

二、地段護士於1週內回覆訪視內容給衛生局承辦人，由承辦人回覆本局。

三、倘轉介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、非列管個案轉介後至多訪視3次(1次/月)，逾3個月請再次傳真轉介。