

115.01.07 修訂

113.10.01 修訂

113.06.18 修訂

113.02.01 修訂

112.02.10 初版

桃園市政府衛生局社區心理衛生中心專業服務申請表

日期：____年____月____日

服務區域：八德區 桃園區 蘆竹區 平鎮區 楊梅區

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			聯絡電話		
E - m a i l			主管核章		
欲轉介之專業服務 (可複選)	<input type="checkbox"/> 心理諮商(須填寫欄位 A) <input type="checkbox"/> 職能治療(須填寫欄位 B) <input type="checkbox"/> 護理服務(須填寫欄位 C)				
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 <input type="checkbox"/> 多元	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
診斷碼/診斷碼開立來源	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____/_____ (如本題勾選有，請續填下個欄位)		身心障礙證明 (類別/程度)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____/_____	
治療穩定性	※如為精神疾病患者請務必填寫 <input type="checkbox"/> 不適用 1.目前就診醫院/診所：_____； <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 不詳 2.藥物服從性： <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 不詳				
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"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <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"/> 其他_____				
職業	<input type="checkbox"/> 無業 <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		

心理諮商需求 (欄位 A)	1.主要壓力源/事件： 2.諮商類別： <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"/> 精神健康 <input type="checkbox"/> 生理疾病 <input type="checkbox"/> 校園適應 <input type="checkbox"/> 官司問題 <input type="checkbox"/> 其他____ 3. 諮商或治療經驗： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 心理衡鑑；單位_____																																										
職能治療需求 (欄位 B)	1.職能治療需求： <input type="checkbox"/> 精神症狀造成生活功能退化 <input type="checkbox"/> 社會參與不足 <input type="checkbox"/> 作息不規律、缺乏生活結構 <input type="checkbox"/> 職場/學校適應困難 <input type="checkbox"/> 人際互動困難 概況描述： 2. 使用社區精神復健資源： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 精神科醫院日間病房 <input type="checkbox"/> 社區復健中心 <input type="checkbox"/> 會所 <input type="checkbox"/> 康復之家；單位_____ _____																																										
護理服務需求 (欄位 C)	1.護理服務需求： <input type="checkbox"/> 精神症狀觀察與評估需求 <input type="checkbox"/> 需協助連結精神科醫療（回診/重新就醫） <input type="checkbox"/> 服藥不規律需追蹤 <input type="checkbox"/> 疑似未服藥或中斷治療 <input type="checkbox"/> 家庭照護壓力大/家屬照護知能不足 2.症狀描述：																																										
最近一週之身心狀況 (BSRS-5)	請圈選您認為最能代表個案感覺的答案(盡量由個案本人填寫)： <table border="1" data-bbox="300 1357 1497 1608"> <thead> <tr> <th></th> <th>完全沒有</th> <th>輕微</th> <th>中等程度</th> <th>厲害</th> <th>非常厲害</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.睡眠困難</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.感覺緊張不安</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.覺得容易苦惱或動怒</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4.感覺憂鬱心情低落</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5.覺得比不上別人</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>6.有過自殺的念頭</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		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
	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)： _____ 家系圖： 個案問題摘要及評估說明： 轉介期待：
收 回 案 復	※無論收案與否，務必回復轉介單位知悉 <input type="checkbox"/> 收案。 <input type="checkbox"/> 不收案，原因： _____ 回復專業人員： _____ 督導： _____ 回復日期： _____
*完成服務申請表後請Email至桃園市社區心理衛生中心公務信箱。 Email： 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、中壢區）03-3656995 桃園區社區心理衛生中心（桃園、龜山區）03-3360102 蘆竹區社區心理衛生中心（蘆竹、大園區）03-3134995 平鎮區社區心理衛生中心（平鎮、龍潭、大溪、復興區）03-4031153 楊梅區社區心理衛生中心（楊梅、觀音、新屋區）03-4811580	