**桃園市政府衛生局社區心理衛生中心服務申請表**

112.02.10初版

113.02.01修訂

113.03.05修訂03

附件2-1

日期：\_\_\_\_ 年\_\_\_\_ 月\_\_\_\_ 日

服務區域**：**□八德區 □桃園區 □蘆竹區

|  |  |
| --- | --- |
| 個案來源 | □網絡單位轉介 |
| 轉介單位 |  | 單位類別 | □社政 □勞政□教育□警消□醫療□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 | □男 □女 | 身分別 | □本國籍 □外籍人士 | 婚姻 | □單身/未婚□已婚/同居□離婚□喪偶 |
| 教育程度 | □不識字 □小學 □國中 □高中 □大專 □碩士以上 |
| 身分別(可複選) | □一般民眾 □新移民 □原住民 □精神疾病 □精神疾患之照顧者 □孕產婦□中低收入戶 □身心障礙者 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 職業 | □軍 □公 □教 □農 □工 □商 □漁 □自由 □服務 □家管 □學生 □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) | □主要壓力源/事件：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。□自我探索 □情緒困擾 □生涯議題 □職場壓力 □失落悲傷□感情困擾□人際關係 □性別關係 □家庭困擾 □親子關係 □夫妻關係□其他＿＿ |
| 曾接受晤談經驗 | □是:□心理諮詢 □心理諮商 □心理衡鑑單位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_期程:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □否 |
| 精神醫療就診經驗 | □有。醫院/診所: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_診斷：□ ICD9：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　　　□ ICD10：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□無 |
| 精神醫療就醫情況(近一個月) | 服藥：□規則 □不規則 □拒絕 □無需求就醫：□規則 □不規則 □拒絕 □無需求醫師開立照會醫囑單：□有 □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) | □週一 □週二 □週三 □週四 □週五 □上午 □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： |
| 收案回復 | □收案。□不收案，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□不收案，請優先使用原有資源。□不收案，建議轉介相關資源\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**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並致電各中心社區心理衛生中心督導確認。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、大溪、中壢、龍潭、復興區）03-3656995桃園區社區心理衛生中心（桃園、龜山、平鎮、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 |