

# 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 3020 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)	<input type="checkbox"/> 民眾自行陳情		
通報者姓名	通報/轉介日期：____年____月____日		
關係：	聯絡電話：	傳真電話：	
服務轉介需知	<p>*為避免無效通報或誤報，請確認以下需知。</p> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		
<b>個案基本資料</b>			
個案姓名	出生日期：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 ____市/縣____區/市/鎮/鄉____里____鄰____路/街____段____巷____弄____號____樓		
教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 不詳		
職業	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 士 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
就醫情形	<input type="checkbox"/> 曾就醫，就醫醫院/年份：(1)_____ (2)_____ <input type="checkbox"/> 規則就醫、服藥 <input type="checkbox"/> 規則就醫但不規則服藥 精神科藥物： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑 <input type="checkbox"/> 不規則就醫 <input type="checkbox"/> 未曾就醫 <input type="checkbox"/> 不詳		
居住狀況與家庭背景	1. 居住現況： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 其他_____ 2. 家庭成員：父： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 同住；母： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 同住；配偶： <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 同住； <input type="checkbox"/> 其他_____ 子女： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，共____人，同住____人；手足： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，共____人，同住____人 3. 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳 ( <input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____) 4. 家屬與個案態度： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突		
主要照顧者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，主要照顧者姓名：_____ 關係：_____ 聯繫電話：_____		
<b>個案疾病概況</b>			
疾病診斷	<input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 躁症 <input type="checkbox"/> 鬱症 <input type="checkbox"/> 妄想症 <input type="checkbox"/> 藥酒癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 有，疾病名稱：_____ 障礙類別第____類， <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
主要症狀	情感： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 過度愉悅 <input type="checkbox"/> 情緒變化快 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 害怕 行為： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 激躁不安 <input type="checkbox"/> 攻擊 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 強迫 <input type="checkbox"/> 人際退縮 <input type="checkbox"/> 騷亂 <input type="checkbox"/> 囤積 <input type="checkbox"/> 過度花錢 <input type="checkbox"/> 衝動性行為 <input type="checkbox"/> 睡眠需求減少 <input type="checkbox"/> 不語/呆僵 <input type="checkbox"/> 自殺/自傷 思考： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 與現實脫節之固著想法(妄想) <input type="checkbox"/> 思考跳題 <input type="checkbox"/> 語無倫次 知覺： <input type="checkbox"/> 無異常 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 其他問題：_____ 物質濫用史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 鎮靜安眠藥 <input type="checkbox"/> 管制藥品或毒品 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳 一個月內曾 <input type="checkbox"/> 精神科急診 <input type="checkbox"/> 警消護送就醫： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 新案，____年____月____日，編號____ 派案子：____衛生所，應回復日期____年____月____日 <input type="checkbox"/> 疑似個案關懷中，轉知主責單位： <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 轉介優化 <input type="checkbox"/> 住院/住機構中 <input type="checkbox"/> 已規則回診 <input type="checkbox"/> 精照列管中 <input type="checkbox"/> 非精神議題 <input type="checkbox"/> 無法訪視到 <input type="checkbox"/> 其他：
-----	---

辦理摘要	已於____年____月____日回復通報/轉介人，本案 <input type="checkbox"/> 派案 <input type="checkbox"/> 不派案，並提供 <input type="checkbox"/> 醫療諮詢 <input type="checkbox"/> 護送就醫要件說明 <input type="checkbox"/> 心理諮詢資源 <input type="checkbox"/> 戒癮資源 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 通報關懷 e 起來 <input type="checkbox"/> 其他_____ 回復方式： <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 電話
------	--

承辦人		督導 / 執秘		股長 / 技正		科長	
-----	--	---------------	--	---------------	--	----	--