

桃園市社區(疑似)精神病患通報/轉介單

年 月 日

112年8月修訂
112年4月修訂
107年8月修訂
106年10月修訂

通報來源單位 (請填全銜)	<input type="checkbox"/> 社政單位：_____ <input type="checkbox"/> 教育單位：_____		
	<input type="checkbox"/> 醫療院所：_____ 醫院/診所 <input type="checkbox"/> 衛生局/所：_____		
	<input type="checkbox"/> 勞工單位：_____ <input type="checkbox"/> 民眾陳情 <input type="checkbox"/> 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： <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"/> 有就醫，就醫醫院/年份：(1)_____ (2)_____		
	<input type="checkbox"/> 無就醫，原因簡述：_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
疾病診斷	<input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 妄想症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 藥酒癮 <input type="checkbox"/> 疑似精神病		
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		嚴重病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <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(同住人姓名/關係：_____) <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 同居(同居人姓名/關係：_____) <input type="checkbox"/> 其他 2. 家庭成員： <input type="checkbox"/> 雙親1(稱謂：_____) <input type="checkbox"/> 雙親2(稱謂：_____) <input type="checkbox"/> 手足(稱謂：_____) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女(稱謂：_____) <input type="checkbox"/> 其他_____ 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：_____) 主要照顧者電話：_____ 手機：_____ 是否與個案同住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，主要照顧者地址：_____		
保護人資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：姓名_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____ 電話：_____ 手機：_____ 地址：_____ 關係： <input type="checkbox"/> 雙親(稱謂：_____) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 祖孫 <input type="checkbox"/> 村里長、幹事 <input type="checkbox"/> 衛生單位人員 <input type="checkbox"/> 其他_____		
個案概況/主要問題	就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用 <input type="checkbox"/> 其他_____ 精神及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 幻聽、妄想 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 社會功能退化 <input type="checkbox"/> 社區關係差 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就業問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題(含經濟) <input type="checkbox"/> 居住問題 <input type="checkbox"/> 其他_____		
轉介目的	<input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 建立規則就醫及服藥 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教		

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。