

# 桃園市社區（疑似）精神病患通報/轉介說明

通 報 / 轉 介 標 準	<p><b>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：</b></p> <p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 幻聽、幻覺、妄想。</li> <li>2. 答非所問、語無倫次(思考或語言上不連貫，無法聚焦)。</li> <li>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。</li> </ol> <p>(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。</p> <p><b>二、建議通報/轉介之(疑似)精神病人，須排除以下情形：</b></p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p><b>三、衛福部精神關懷收案診斷標準供參：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一) F20 (思覺失調症)</li> <li>(二) F25 (分裂情感性障礙)</li> <li>(三) F30 (躁症)</li> <li>(四) F31 (雙向情緒障礙症)</li> <li>(五) F22 (持久的妄想性障礙)</li> <li>(六) F06.0 (生理狀況引起有幻覺的精神病症)</li> <li>(七) F06.1 (生理狀況引起的僵直症)</li> <li>(八) F06.2 (生理狀況引起有妄想的精神病症)</li> <li>(九) F06.33 (生理狀況引起有躁症特徵的情緒障礙症)</li> <li>(十) F06.34 (生理狀況引起有混合特徵的情緒障礙症)</li> <li>(十一) F06.8 (生理狀況引起的其他特定精神疾病)</li> </ol>
其 他	<p>一、通報/轉介單位請注意資料正確性，詳細查填通報/轉介單內所有資料後，以電子郵件寄至：<a href="mailto:TYMENTAL2025@gmail.com">TYMENTAL2025@gmail.com</a>(英文大小寫均可)，並來電 03-3134995 分機 3015 向承辦確認收件。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

## 桃園市社區(疑似)精神病患通報/轉介單(網絡單位版)

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"/> 社政單位：_____	<input type="checkbox"/> 教育單位：_____
	<input type="checkbox"/> 司法單位：_____	<input type="checkbox"/> 衛政單位：_____
	<input type="checkbox"/> 警政單位：_____	<input type="checkbox"/> 其他：_____
	<input type="checkbox"/> 公務陳情：_____	
	通報/轉介日期：____年____月____日	網絡單位 主管核章

通報者姓名	關係：_____聯絡電話：_____傳真電話：_____		
服務轉介需知	*請網絡單位轉介時務必告知案家預計轉介關懷，避免訪視時案家或個案感受唐突。 <input type="checkbox"/> 已告知主要照顧者 <input type="checkbox"/> 無法告知：原因_____		
<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"/> 急躁不安 <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"/> 髒亂		
	<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）：					
網絡單位 服務概述 (非網絡單位則 不必填寫)		通報對象為： <input type="checkbox"/> 案主 <input type="checkbox"/> 案主之家屬/同住者 <input type="checkbox"/> 其他_____					
		個案目前狀態： <input type="checkbox"/> 服務中 <input type="checkbox"/> 未開案 <input type="checkbox"/> 評估中					
		<input type="checkbox"/> 電訪，次數____； <input type="checkbox"/> 家訪____，次數：_____（次數概況填寫即可）					
		必要時，是否能配合共訪： <input type="checkbox"/> 可配合 <input type="checkbox"/> 無法配合					
<b>衛生局審核</b>							
派案 / 轉知 (免陳核)		<input type="checkbox"/> 新案，____年____月____日，編號_____				派案人員核章	
		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：					
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	

## (疑似)精神病人之自傷/傷人危險性簡易篩檢表—家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

訪視對象姓名：\_\_\_\_\_，與當事人關係：\_\_\_\_\_。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？(是 否) 或煩躁容易生氣？(是 否)
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否  
\_\_\_\_\_
3. **以前**他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否  
\_\_\_\_\_
4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 否 (是請續填以下各項)
  - a. 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例子)  
\_\_\_\_\_
  - b. 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例子)  
\_\_\_\_\_
  - c. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)  
\_\_\_\_\_
  - d. 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？  
(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？ 這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？ 他以前有沒有真的聽他們的命令去做？ 做過哪些事情呢？)  
\_\_\_\_\_
  - e. 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的) \_\_\_\_\_
5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 否
6. 就你所知，  
他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？ 是 否  
他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否  
\_\_\_\_\_

## (疑似)精神病人之自傷/傷人危險性簡易篩檢表—當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？(是 否) 或煩躁容易生氣？(是 否)
2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

4. 現在我要問你有沒有過不尋常經驗：是 否(是請續填以下各項)

- a. 你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：你知道是那些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)

- b. 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎(若有，請受訪者舉例子)

- c. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

- d. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清)

你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？你聽到聲音在彼此講話嗎？

這些聲音會不會叫你去做事？叫你去傷害別人或傷害自己？

你以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？\_\_\_\_\_

你如果不照做會發生甚麼事？\_\_\_\_\_

- e. 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)\_\_\_\_\_

5.  (訪視人員自填)病人目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？

6. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？  
是 否，

你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

※若當事人完全無法評估，且無家屬可詢問，請於此處敘明無法評估原因：