

# 桃園市社區(疑似)精神病患通報/轉介單

年 月 日

112年12月修訂  
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：_____
<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"/> 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	

	<input type="checkbox"/> 重建家庭支持系統 <input type="checkbox"/> 改善個案人際互動關係 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 協助制定復健計畫 <input type="checkbox"/> 協助參加社區復健方案 <input type="checkbox"/> 協助培養健康規律的生活 <input type="checkbox"/> 醫師到府評估 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<p>案情摘要 ※請詳加描述</p>	<p>案情概述（針對此次轉介情事進行簡述）：</p>          <p>個案發病年齡約：____ / 年份：_____（就已知訊息填寫即可）</p>			
<p>已執行之事項 及 服務過程概述</p>	<p>一、服務過程概述及已執行關懷該案之事項：（電訪/家訪次數及過程，大致填寫即可） 及過程概述：（<input type="checkbox"/>電訪，次數____；<input type="checkbox"/>家訪，次數____服務期間：_____）</p> <p>二、目前已處理及協助方式：</p> <p>（一）醫療：<input type="checkbox"/>增強規則門診<input type="checkbox"/>增強規則服藥<input type="checkbox"/>急性期協助就醫<input type="checkbox"/>協助強制住院  <input type="checkbox"/>危機處理<input type="checkbox"/>提供個案及家屬精神疾病及藥物衛教</p> <p>（二）其他資源：<input type="checkbox"/>情緒支持<input type="checkbox"/>提供及轉介教育資源 <input type="checkbox"/>提供法律諮詢<input type="checkbox"/>就業服務站  <input type="checkbox"/>提供社會福利資源</p> <p>（三）轉介：<input type="checkbox"/>居家<input type="checkbox"/>日間<input type="checkbox"/>社區復健中心<input type="checkbox"/>康家<input type="checkbox"/>家防/兒少中心<input type="checkbox"/>其他</p> <p>三、其他補述：</p>			
<p>衛生局核 審</p>	<p>派案/轉知(免陳核)：</p> <input type="checkbox"/> 新案，派案予： <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：			<p>派案人員核章</p>
	<input type="checkbox"/> 不派案(請完成以下陳核流程)：			
	<p>承辦人</p>		<p>技 正</p>	
<p>股 長</p>		<p>秘 書</p>		

一、桃園市衛生局心理健康科:電話:03-3340935 分機 3015、傳真電話：03-3362516，傳真後請來電確認。

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。