

臺中市老寶貝心理健康服務轉介單

轉介日期： 年 月 日

基本資料	姓名	出生年月日 (或年齡)	身分證統一編號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別	
	居住地					
	聯絡電話	1.電話：		2.手機：		
	聯絡人		電話		關係	
評估狀況	一、長者憂鬱篩檢之風險分數：_____分(請檢附評估表正本) 二、其他特殊狀況描述：(詳如附件)					
個案類型	<input type="checkbox"/> 1、經臺中市心理健康評估量表評估具有憂鬱傾向，並有心理諮詢需求事實且經本局評估確認者。 <input type="checkbox"/> 2、個案或家屬主動求助或其他單位經評估有心理諮詢需求，經本局評估確有心理諮詢需求事實者。 <input type="checkbox"/> 3、具自殺意念、未遂行為之高風險個案。 <input type="checkbox"/> 4、自殺既遂個案之遺族。 <input type="checkbox"/> 5、有特殊需求，經與本局溝通討論准予開案(不限65歲以上長者)					
注意事項	1. 各欄位均須填寫清楚，如無，恕不受理。 2. 個案轉介可先以傳真或掃描後以 E-mail(hbtdcm01918@taichung.gov.tw)為之，後續請寄送轉介單、心理健康評估量表正本至 420 台中市豐原區中興路 136 號 。 3. 衛生局社區心理衛生中心傳真電話： 04-2833113 電話：04-22834733#15					

轉介單位/人員： _____ / _____ 聯絡電話： _____ 傳真： _____

審核結果	<input type="checkbox"/> 1. 資格符合：開案日期____年____月____日 <input type="checkbox"/> 2. 資格不符合：原因_____
	其他說明：_____

承辦人：

單位主管：

臺中市長者心理健康量表(GDS)

姓名：_____ 性別：男女跨性別 出生年月日：(民國)_____/_____/_____

篩檢來源：醫療院所 高風險長者 獨居長者 一般長者

篩檢日期：_____/_____/_____ 聯絡電話：() _____

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 分居 喪偶 其他_____

教育程度：無(不識字) 無(識字) 小學 國(初中)
高中(職) 專科 大學 研究所以上

居住狀況：獨居 只與配偶同住 只與子女同住 與配偶、子女同住
與親友或孫子女同住 其他_____

身體狀況(是否罹患)：

惡性腫瘤 腦血管疾病 心臟病 糖尿病 慢性肝病及肝硬化
肺炎 高血壓性疾病 憂鬱症 失智症 其他_____

長照需求：失能 長照需求

每週運動習慣：無 1-2次 3-4次 5次以上

每週家庭、社交或宗教活動：無 1-2次 3-4次 5次以上

*填表說明：請回想在過去一星期內，你是否曾有以下的感受。

評量項目	是	否
1. 基本上，您對您的生活滿意嗎？	0	1
2. 您是否減少很多的活動和興趣的事？	1	0
3. 您是否覺得您的生活很空虛？	1	0
4. 您是否常常感到厭煩？	1	0
5. 您是否大部份時間精神都很好？	0	1
6. 您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	1	0
7. 您是否大部份的時間都感到快樂？	0	1
8. 您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？	1	0
9. 您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？	1	0
10. 您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	1	0
11. 您是否覺得「現在還能活著」是很好的事？	0	1
12. 您是否覺得您現在活得很沒有價值？	1	0
13. 您是否覺得精力很充沛？	0	1
14. 您是否感覺您現在的情況是沒有希望的？	1	0
15. 您是否覺得大部份的人都比您更幸福？	1	0

※總分：_____

※憂鬱量表判斷分數如下：總分7分至10分，疑有憂鬱傾向，轉介諮詢服務，總分11分以上，有高風險憂鬱情形，請轉介精神醫療或諮詢服務協助。

※本人同意接受臺中市政府衛生局安排免費的心理師到宅諮詢(同意轉介必填)：

受訪者(或家屬)同意簽章：_____ 與受訪者關係：_____

受訪者(或家屬)電話：_____ 手機：_____

填表人員/機構：_____ 聯絡方式：_____

轉介日期：_____/_____/_____ 轉介至：_____ (醫療院所/衛生所)