

臺中市疑似或精神疾病患者社區評估照護轉介服務單

填表日期 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
	居住地				
	聯絡電話 1.電話：_____ 2.手機：_____				
	聯絡人	電話	關係		
個案狀況	<input type="checkbox"/> 精神疾病嚴重病人或症狀明顯干擾家庭及社區生活之精神疾病病患且拒絕就醫。 <input type="checkbox"/> 無病識感有中斷治療之虞。 <input type="checkbox"/> 精神功能嚴重退化，需醫療照護。 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	1. 轉介日期：_____年_____月_____日_____時_____分 2. 轉介之精神醫療機構名稱：_____ 聯絡窗口：_____ 聯絡電話：_____ 3. 備註：_____				

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

-----請回傳轉介單位-----

精神醫療機構轉介處理回復單

說明：應於接受轉介單後 3 個工作天內回復轉介機關（構）及臺中市政府衛生局社區心理衛生中心。

個案姓名		身分證統一編號 (或居留證號碼)	
評估日期	年 月 日	回復日期	年 月 日
回復處理情形	1. 處理結果： <input type="checkbox"/> 已評估 (1) 初評個案診斷 ICD-10：_____ (2) 協助處置事項：(可複選) <input type="checkbox"/> 提供衛生教育 <input type="checkbox"/> 提供社區資源協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (3) 提供精神個案追蹤及管理-居家治療： <input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 不收案 <input type="checkbox"/> 無法評估，原因：_____		
	2. 其他說明：_____		
	評估單位（務必核章）：		評估人員：
	電 話：		
傳 真：			

*評估人員需具有曾承作健保精神科居家治療相關工作經驗之醫師及護理人員以專責提供服務。

*臺中市政府衛生局社區心理衛生中心 總機：04-25155148 回復單請傳真至原轉介單位