**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(年齡) |  | 身分證統一編號 |  | 性別 | □男□女□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、個案狀況描述：(請簡述) |
| **個案類型** | □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。 □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。 □3、具自殺意念、未遂行為之高風險個案。 □4、自殺既遂個案之遺族。□5、有特殊需求，經與本局溝通討論准予開案(需附上重大傷病卡或身心障礙證明之影本) |
| **注意事項** | 1.各欄位均須填寫清楚，如無，恕不受理。2.個案轉介請以傳真或掃描後以E-mail(hbtcm01918@taichung.gov.tw)為之。3.衛生局社區心理衛生中心傳真電話：04-23933375 電話: 04-23936512#13 |

轉介單位/人員： / 聯絡電話： 傳真：

**-------------------------------------------------------------------------**

**＊以下為承辦單位進行填寫回復。**

|  |  |
| --- | --- |
| 審核結果 | □ 1.資格符合：開案日期 年 月 日□ 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 □高風險長者列冊 □獨居長者列冊 □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

**是否有長照需求：**□失能 □長照需求 □已有申請相關服務 □無需求

**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，請圈選。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 評量項目 | 是 | 否 |
| 1. 基本上，您對您的生活滿意嗎?
 | 0 | 1 |
| 1. 您是否減少很多的活動和興趣的事?
 | 1 | 0 |
| 1. 您是否覺得您的生活很空虛?
 | 1 | 0 |
| 1. 您是否常常感到厭煩?
 | 1 | 0 |
| 1. 您是否大部份時間精神都很好?
 | 0 | 1 |
| 1. 您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎?
 | 1 | 0 |
| 1. 您是否大部份的時間都感到快樂?
 | 0 | 1 |
| 1. 您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用?
 | 1 | 0 |
| 1. 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）