

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
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)