

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	<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：				
	主要聯絡人	電 話				關 係		
評估狀況	<p>1. 長者憂鬱篩檢量表分數：_____分(請檢附評估表正本)</p> <p>2. 個案狀況描述：(請簡述，包含情緒議題等)</p>							
個案類型	<p>請勾選符合之個案類型：</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>3、具自殺相關議題：具自殺意念、未遂行為之高風險個案、自殺既遂個案之遺族。</p> <p><input type="checkbox"/>4、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，檢附重大傷病卡或身心障礙手冊之影本等相關資料，或符合55歲以上具有原住民長者身分)</p>							
注意事項	<p>1. 各欄位均須填寫清楚，如單位協助轉介，請於轉介人員蓋上職章，如無，恕不受理。</p> <p>2. 個案轉介請以傳真或掃描後以 PDF 檔 E-mail (hbtc01918@taichung.gov.tw)為之。</p> <p>3. 衛生局社區心理衛生中心傳真電話：04-23933375 電話：04-23936512#13</p>							
轉介人	<p>1. 轉介單位：_____ 轉介人員：_____</p> <p>2. 聯絡電話：_____ 傳真電話：_____ 電子信箱：_____</p>							

*以下為本局承辦單位進行填寫回復。

審核結果	<input type="checkbox"/> 1. 資格符合：派案日期____年____月____日，派案至_____，聯繫電話為_____。
	<input type="checkbox"/> 2. 資格不符合：_____
	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 衛生所篩檢 轉介單位篩檢 民眾申請

篩檢身份：一般長者 高風險長者列冊 獨居長者列冊 特殊案

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
三代同住 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 _____

是否於精神、神經內科或身心就診：目前穩定就診服藥 曾有就診經驗 無

是否有長照需求：未申請，但具有長照需求 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，請圈選下表是/否選項。

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沒價值？	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：_____ 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)：

憂鬱量表 11 分(含)以上，是否同意轉介精神醫療資源：是 否

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：_____