

臺中市政府疑似或社區精神病人個案轉介單

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

非住院精神疾病個案且非在精神復健機構、日間照顧/訓練機構、居家治療中。
庇護工場、安養(護)機構、精神護理之家等接受機構式照顧服務的精神疾病人。

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料。

三、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

請寄至 hbtcx016@taichung.gov.tw	聯絡電話： (04)23936512#15 王屏雯 衛生局聯絡人	轉介注意事項： 1. 必須配合醫療機構共訪機制，且個案/家屬可聯繫。 2. 請填妥轉介單及(疑似)精神病患簡易篩檢表、同意書。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療機構進行初次訪視。
轉介機構/單位		
轉介來源 (必填)	<input type="checkbox"/> [社政] 保護體系 【 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="checkbox"/> [社政] 社福體系 (<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> [衛政] 自殺通報 <input type="checkbox"/> [衛政] 毒防中心 (<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他： _____) <input type="checkbox"/> [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="checkbox"/> 勞政體系 <input type="checkbox"/> 教育體系直 <input type="checkbox"/> 警政體系 <input type="checkbox"/> 消防體系 <input type="checkbox"/> 民政體系 (<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 社區民眾通知 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
身分證字號 (必填)		姓名(必填)
出生日期(必填)	__年__月__日，__歲	性別(必填) <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別
聯絡電話 (必填)		訪視地址 (必填)
婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳	
教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳	
計畫轉介告知(必填)	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 無法告知，原因 _____ <input type="radio"/> 優化計畫服務同意書(如後附件)，如已完成請併同本單檢附。 *請轉介單位務必告知將協助轉介衛政單位/醫療機構關懷訪視。	
主要照顧者或具特別密切關係之人	姓名/ _____ 關係/ _____ 電話/是否同住： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 否 可協助訪視事宜者，關係： _____	

個案篩檢表 (必填)	○有，請摘錄說明篩檢結果：_____ ○無				
個案過往 就醫情形	○未曾就醫，補充說明：_____ ○曾就醫，醫療機構名稱：_____ 醫師姓名：_____				
主要問題 內容(必填)	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險(○未曾發生過 ○曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他(請描述)：_____				
轉介目的 (必填)	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
個案概況描述 (必填)	最近一次訪視日期：__年__月__日，請具體描述。並敘明疑似精神症狀發生時間。 〔轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視〕				
備註	家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明				
轉介單位 (必填)	單位名稱： <input type="checkbox"/> 可配合共訪 <input type="checkbox"/> 無法配合共訪，原因：	電子信箱			
電話(必填)	電話：_____ 分機_____	傳真			
轉介日期(必填)		轉介人(必填)		主管核章(必填)	

衛生局處理情形(必填)

- 協助評估精神狀況
- 轉介精神醫療服務：
- 居家評估，受轉介機構：_____，符合收案標準不符合收案標準
- 優化計畫，受轉介機構：_____，開案不開案
- 其他_____，受轉介機構：_____
- 已為精神照護資訊管理系統/自殺防治通報系統列管個案，由公共衛生護理師社區關懷訪視員
心衛社工自殺關懷訪視員關懷中，主責訪員：_____，電話：_____分機_____。
- 不轉介：
- 非衛生機關之服務項目
- 已住院/門診/居家治療
- 不符轉介目的
- 拒訪
- 資料不足/無法聯繫個案，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。
- 其他原因（請簡述）：_____
- [註：搬遷、羈押中、暫不收案、失聯、生理疾病住院、死亡]。

衛生局 評估日期	____年__月__日	評估人員		單位主管	
		電話			
衛生局轉介 優化計畫 日期	____年__月__日	評估人員		單位主管	
		電話			

備註：

1. 符合衛生福利部社區精神病患收案診斷碼，由衛生局通知醫療機構辦理後續派案服務事宜，倘不符合轉介收案診斷碼或有需補填寫內容，則由衛生局回覆轉介情況與原網絡轉介機關(構)單位。
2. 符合本局收案診斷碼，羅列如下：
 - (1)F20.0：妄想型思覺失調症
 - (2)F22：妄想症
 - (3)F25：情感思覺失調症
 - (4)F30：躁症發作
 - (5)F31：雙相情緒障礙症
 - (6)F06.0：已知生理狀況引起有幻覺的精神病症
 - (7)F06.1：已知生理狀況引起的僵直症
 - (8)F06.2：已知生理狀況引起有妄想的精神病症
 - (9)F06.33：已知生理狀況引起有躁症特徵的情緒障礙症
 - (10)F06.34：已知生理狀況引起有混合特徵的情緒障礙症
 - (11)F06.8：已知生理狀況引起的其他特定精神疾病

3. 以上資料僅供轉介單位內部公務參考，請依個人資料保護法及精神衛生法妥處。

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？
(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

-
3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 否 (是請續填以下各項)
 - a. 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？
 - b. 他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例)
 - c. 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例)
 - d. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - e. 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)
 - f. 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 否
6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？ 是 否
7. 他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
 - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
 2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 4. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 否 (是請續填以下各項)
 - a. 你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：你知道是哪些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)
 - b. 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - c. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - d. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：
 你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？ 你聽到聲音在彼此講話嗎？
 這些聲音會不會叫你去做事？ 叫你去傷害別人或傷害自己？
 你以前有沒有真的聽他們的命令去做？ 做過哪些事情呢？
 你如果不照做會發生甚麼事？
 - e. 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
 5. (轉介人自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？
 6. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
 7. 你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

「疑似或社區精神病人照護優化計畫」服務同意書

_____（以下稱本單位）為推動衛生福利部「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，向受服務者_____（以下稱當事人）說明服務內容與個資蒐集事項，雙方共同遵循以下事項：

一、服務內容：本計畫旨在提供當事人適切之精神醫療服務，並加強社區照護與轉介，包含：精神醫療就醫評估、協助規律就醫、社區外展照護及後續追蹤服務。

二、同意聲明：

（一）個人資料蒐集及保管

1. 本單位依據中華民國「個人資料保護法」與相關法令法規之規範下，將謹慎蒐集、處理及利用當事人之個人資料。
2. 請提供當事人正確及完整之個人資料。
3. 若有任何異動，請主動向本單位申請更正，以確保當事人權益。
4. 當事人可依中華民國「個人資料保護法」，就其個人資料行使以下權利：(1)請求查詢或閱覽。(2)製給複製本。(3)請求補充或更正。(4)請求停止蒐集、處理及利用。(5)請求刪除。

（二）蒐集個人資料應告知事項

1. 蒐集單位及利用對象：本計畫之相關主管機關、執行單位、受補助單位及依法具監督管理權責之機關。
2. 蒐集之目的：本單位蒐集個人資料之目的在於推動社區精神醫療照護服務，提供當事人相關資源及支持服務，以保障個人就醫權益。
3. 蒐集之個人資料類別：包括姓名、出生日期、身分證字號、聯絡方式、地址、教育程度、婚姻狀況、主述問題等資料，詳如轉介單內容。
4. 個人資料利用之期間、地區及方式：

- (1)期間：本計畫執行服務期間及本計畫規定應保存之期限。
- (2)地區：中華民國臺灣地區（含澎金馬地區）。
- (3)方式：包含書面、電子文件、電話訪談、簡訊或通訊軟體聯繫；並透過個案管理、轉介評估、跨網絡單位協調及行政作業等方式，於前述利用對象與蒐集目的範圍內進行處理及利用。

我已閱讀並且接受上述同意書內容（請務必完成勾選）

當您勾選「我同意」並簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容。若您未滿十八歲，應由其法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。

立同意書人（當事人）簽名或蓋章（必填）：（請親簽）

法定代理人（主要照顧者或具特別密切關係之人）簽名或蓋章：（請親簽）

關係：

日期： 年 月 日