

115年度疑似或社區精神病人個案通知及回覆單/第2類適用

115.06修訂/115.07適用

【受理單位】臺中市政府衛生局 【聯絡人】：劉瑋馨 【聯絡電話】：(04)27062016 分機22
請寄至【電子郵件】hbtcm01807@taichung.gov.tw

*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*通訊地址	
*性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲
*教育程度	☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職/專科 ☐ 大學 ☐ 碩士或以上 ☐ 不詳		
*婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 ☐ 不詳		
*計畫告知	☐ 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 ☐ 無法告知，原因：_____		
	請務必告知將通知衛生局/社區心理衛生中心及機構關懷訪視。		
*主要照顧者或具特別密切關係之人註1	姓名：_____ /關係 電話：_____ 是否同住： ☐ 是 ☐ 否		
*個案過往就醫情形	☐ 未曾就醫，請說明：_____ ☐ 曾就醫： 醫療機構名稱：_____		
疾病診斷 *請參閱代碼對照表	主診斷：_____ 次診斷：_____		
*護送就醫原因	☐ 1.暴力攻擊： ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 自傷 ☐ 傷人 ☐ 暴力攻擊之虞） ☐ 2.社區干擾/破壞： ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 公共危險 ☐ 公共危險之虞） ☐ 3.因無接受治療而造成無法自我照顧（請描述）：_____ ☐ 4.其他（請描述）：_____		
*護送就醫處置情形	請簡述：_____		
*未住院原因	☐ 1.經醫師評估未達強制住院標準，且拒絕住院 ☐ 2.經醫師評估無立即危險，且無須住院 ☐ 3.尚未完成評估或處置，即自動離院 ☐ 4.其他（請簡述）：_____		
*通知單位及聯繫窗口	醫療機構名稱：_____ 填表人：_____ 通知日期： 年 月 日 醫院聯繫窗口：_____ 連絡電話：_____ 電子信箱(寄送回覆單使用)：_____		

本轉介單可於臺中市衛生局局網下載：

[首頁](#) > [專業服務](#) > [心理健康](#) > [精神衛生](#) > [相關訊息](#) > 臺中市政府疑似或社區精神病人個案轉介單(含優化計畫) <https://www.health.taichung.gov.tw/3247039/post>

註1：參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第2條之主要照顧者、本法第34條第2項之保護人及《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第3條第1項第2款之病人關係人之定義，包括配偶、父母、家屬、直系姻親、共同生活之同居人，或對服務對象負有保護或主要照顧責任之人。實務上可由收案單位依個案情形綜合判斷認定。

115年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(衛生局填寫)

*衛生局 回覆內容	☐ 轉介 _____ (機構名稱) _____ 提供評估服務 ☐ 暫不轉介： ☐ 社區心理衛生中心個案管理服務對象，由 ☐ 公共衛生護理師 ☐ 社區關懷訪視員 ☐ 心衛 社工 ☐ 自殺防治關懷員關懷中 ☐ 已住院/門診/居家治療 ☐ 另行收案（請填計畫/方案名稱）： ☐ 非衛生機關之服務項目 ☐ 不符轉介目的 ☐ 拒訪 ☐ 資料不足，無法評估轉介與否。 ☐ 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 回覆日期	115年__月__日	*評估人員		*單位主管	

以下為參考資料

ICD 10 代碼-對照表

代碼	診 斷	代碼	診 斷
F01	血管性失智症	F30	躁症發作
F02	歸類於他處其他疾病所致之失智症	F31	雙相情緒障礙症
F03	失智症，伴有行為障礙	F32	鬱症，單次發作
F06	已知生理狀況引起的其他精神疾病	F33	鬱症，復發
F07	已知生理狀況引起的人格與行為障礙症	F34	循環型情感疾患
F09	已知生理狀況引起的非特定精神疾病	F39	未特指的情感障礙
F10	酒精相關障礙症	F41	其他焦慮障礙
F15	其他興奮劑相關障礙症	F42	強迫性障礙
F20	思覺失調症	F43	嚴重應激反應及適應障礙
F22	妄想症	F60	特定的人格障礙症
F23	短暫精神病	F70	智力發育障礙
F25	情感思覺失調症	F84	廣泛性發展障礙症
F28	其他非物質或生理狀況所致之精神疾患	F90	多動性障礙
F29	非物質或生理狀況所致之精神病		

「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