

臺南市疑似或社區精神病人轉介單

轉介機構/單位			
轉介來源 (必填)	<input type="checkbox"/> 自殺防治 <input type="checkbox"/> 物質濫用(<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 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"/> 社福體系(<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 勞政體系 <input type="checkbox"/> 教育體系 <input type="checkbox"/> 警政體系 <input type="checkbox"/> 消防體系 <input type="checkbox"/> 社區民政體系(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案身分證字號 (必填)	<table border="1"> <tr> <td>個案姓名 (必填)</td> <td></td> </tr> </table>	個案姓名 (必填)	
個案姓名 (必填)			
出生日期 (必填)	<table border="1"> <tr> <td>_____年_____月_____日，_____歲</td> <td> 性別 (必填) <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 <input type="checkbox"/>多元性別 </td> </tr> </table>	_____年_____月_____日，_____歲	性別 (必填) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元性別
_____年_____月_____日，_____歲	性別 (必填) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元性別		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 未婚同居 <input type="checkbox"/> 已婚分居 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不詳		
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士或以上		
聯絡電話 (必填)	室內電話：() _____ 個案手機：_____ 重要關係人：(姓名含稱謂) _____ (手機) _____		
個案訪視地址 (必填)	_____市(縣) _____區 _____里 _____鄰 _____路(街) _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓		
個案篩檢表 (必填)	<input type="checkbox"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ *請務必填報附件1，未填報者需補正資料再行轉介。		
精神症狀表現 (必填)	儀表： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 裝扮不合宜 <input type="checkbox"/> 儀容髒亂、身上有明顯異味 <input type="checkbox"/> 其他_____ 情感： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 高昂 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 情感表現不適切 <input type="checkbox"/> 情緒起伏大 <input type="checkbox"/> 其他_____ 思考： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 自殺意念 <input type="checkbox"/> 有想攻擊他人想法 <input type="checkbox"/> 言談跳題不連貫 <input type="checkbox"/> 無法切題回應 <input type="checkbox"/> 語無倫次 <input type="checkbox"/> 不符合現實的想法，例如：誇大、被害感、不當關係聯想..等， 請舉例簡述：_____ 知覺： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 聽幻覺 <input type="checkbox"/> 視幻覺 <input type="checkbox"/> 嗅幻覺 <input type="checkbox"/> 觸幻覺 <input type="checkbox"/> 其他_____ 行為： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 自言自語 <input type="checkbox"/> 退縮 <input type="checkbox"/> 四處遊蕩 <input type="checkbox"/> 怪異行為，請簡述：_____ <input type="checkbox"/> 攻擊行為 <input type="checkbox"/> 破壞行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 活動量低 <input type="checkbox"/> 活動量高 <input type="checkbox"/> 坐立不安 <input type="checkbox"/> 激動不安 <input type="checkbox"/> 強迫行為 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 整日躺床 <input type="checkbox"/> 傻笑 <input type="checkbox"/> 其他_____ 自我照顧能力退化： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 拒絕沐浴或維持身體清潔 <input type="checkbox"/> 拒食或食用不潔食物 <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 其他_____ 社交能力退化或喪失： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 拒絕外出 <input type="checkbox"/> 拒絕與他人交談 <input type="checkbox"/> 跟他人交談互動有困難 <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 其他_____		
主要問題內容 (因精神疾病造成)	<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(<input type="checkbox"/> 未曾發生過 <input type="checkbox"/> 曾經發生過)(請描述)：_____ <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"/> 協助個案精神狀態評估及轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教 <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：_____				
	簡易摘述				
轉介單位 (必填)		轉介人員 (必填)	姓名： _____ 職稱： _____	聯繫方式 (必填， 至少擇一)	電話： _____ 電子郵件： _____
網絡機關(構)轉介日期 (必填)	_____年_____月_____日			單位主管	
衛生局處理情形(必填)					
<input type="checkbox"/> 轉介醫療機構，受轉介機構：_____ 協助事項： <input type="checkbox"/> 協助評估精神狀態 <input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 後續追蹤及關懷 <input type="checkbox"/> 轉介_____區衛生所， <input type="checkbox"/> 收案，收案日期：_____年_____月_____日 協助事項： <input type="checkbox"/> 連結/追蹤精神醫療使用狀況 <input type="checkbox"/> 收案關懷 <input type="checkbox"/> 不轉介/不收案： <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估轉介/收案與否。 <input type="checkbox"/> 無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要需求非衛生機關之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 其他原因(請描述)：_____					
衛生局 回覆日期	_____年_____月_____日	回覆人員 (必填)		單位主管	
		電話(必填)	(06)2679751 分機		
請傳真至 臺南市政府衛生局 心理健康科		聯絡電話： 06-2679751轉379 林佳蓉個管師		傳真電話(Fax)： 06-2892125 (林森辦公室) d00370@tncghb.gov.tw	

備註：

- 符合轉介條件，由衛生局派案至委辦醫療機構進行後續服務，請原轉介單位盡速協調配合醫療機構共同訪視。
- 不符轉介條件，由衛生局回覆處理狀況予原轉介單位接續提供服務，或補正相關資料後再行轉介。

(疑似)精神病人之自傷/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？是 否、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
若有，請簡述：_____
 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？
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，請受訪者舉例子)
 - b. 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，請受訪者舉例子)
 - c. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)
 - d. 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，請受訪者舉例子，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？)
 - e. 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
種類：_____ 頻率：_____ 飲酒量：_____

(疑似)精神病人之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人(個案)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？是 否、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

若有，請簡述：_____

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，請受訪者舉例子，並繼續澄清：你知道是那些人嗎？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，請受訪者舉例子)

c. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

d. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例子，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呢？_____)

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. (社工自填)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

種類：_____ 頻率：_____ 飲酒量：_____