

雲林縣疑似精神病人個案轉介單

111 年 1 月 1 日起適用

注意事項：

- 一、疑似精神病人之轉介，需經轉介人員篩檢或評估，請轉介單位檢附簡易篩檢表之結果(如附件)。
- 二、轉介單位請指派人員，偕同衛生局訪視人員或醫療機構護理人員到場訪視。

填寫後請傳真至雲林縣社區心理衛生中心，謝謝您！

聯絡專線：05-5370885

傳真號碼：05-5378251

轉介機構/單位

轉介來源	<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"/> 獄政體系 <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"/> 衛政體系【 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 精神復健機構(康復之家) <input type="checkbox"/> 精神護理之家】 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案身分證字號		個案姓名	
出生日期	____年____月____日，____歲	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別
婚姻狀況	<input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 分居 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 其他 <input type="radio"/> 不詳		
教育程度	<input type="radio"/> 國民小學教育 <input type="radio"/> 國民中學教育 <input type="radio"/> 初級職業學校教育 <input type="radio"/> 簡易師範學校教育 <input type="radio"/> 高級中學教育 <input type="radio"/> 高級職業學校教育 <input type="radio"/> 師範學校教育 <input type="radio"/> 專科學校教育 <input type="radio"/> 大學院校教育 <input type="radio"/> 研究所碩士班教育 <input type="radio"/> 研究所博士班教育 <input type="radio"/> 自修 <input type="radio"/> 其他 <input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 識字		
聯絡電話			
個案訪視地址			

簡易篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無			
轉介告知	是否接受人員訪視			
	<input type="checkbox"/> 已告知主要照顧者/重要他人，將轉介醫療機構協助關懷。 家屬是否願意接受服務： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 個案是否接受服務： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <u>※服務意向調查，俾利後續服務參考</u>			
	居住現況			
	主要照顧者	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 姓名：_____ 電話：_____ 與個案關係： <input type="radio"/> 監護人 <input type="radio"/> 法定代理人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 家屬 <input type="radio"/> 戶籍地主管機關選定之保護人 <input type="radio"/> 其他		
居住狀況	<input type="radio"/> 獨居(請填如里長等可協助訪視資源)：_____ <input type="radio"/> 有同住者(民房，非機構) <input type="radio"/> 照護機構			
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="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 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)：_____			
轉介簡述 (含家庭背景、個案狀況及已提供之服務)				
轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助個案精神狀況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：_____			
轉介單位		轉介人員	姓名： 職稱：	單位主管
		聯繫方式	電話： 傳真： 電子郵件：	

轉介日期 _____年____月____日

衛生局處理情形

○轉介衛生局訪視人員

協助事項：協助評估精神狀況轉介精神醫療服務 提供後續追蹤及關懷

○轉介醫療機構，受轉介機構：_____

協助事項：協助評估精神狀況轉介精神醫療服務 提供後續追蹤及關懷

○不轉介：

資料不足，無法評估轉介與否。

無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。

不符轉介標準，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。

個案主要需求非衛生機關之服務項目。

考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。

其他原因（請描述）：_____

衛生局 評估日期	_____年____月____日	評估人員		單位主管	
		電話			
衛生局 轉介日期	_____年____月____日	轉介人員		單位主管	
		電話			

(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 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 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 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 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 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 是 否
他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 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，你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) _____