

臺北市政府衛生局社區疑似精神疾病個案轉介單

「*」為必填欄位

*轉介單位類別	<input type="radio"/> 社政： <input type="radio"/> 保護體系：1. <input type="radio"/> 加害人 <input type="radio"/> 被害人 <input type="radio"/> 2. <input type="radio"/> 家暴通報 <input type="radio"/> 性侵害通報 <input type="radio"/> 兒少虐待通報 <input type="radio"/> 社福體系： <input type="radio"/> 脆弱家庭通報 <input type="radio"/> 其他：_____		
	<input type="radio"/> 衛政： <input type="radio"/> 醫療院所 <input type="radio"/> 自殺通報 <input type="radio"/> 毒防中心： <input type="radio"/> 酒癮 <input type="radio"/> 藥癮 <input type="radio"/> 其他：_____		
<input type="radio"/> 勞政 <input type="radio"/> 教育 <input type="radio"/> 警政 <input type="radio"/> 消防 <input type="radio"/> 社區： <input type="radio"/> 鄰里長或里幹事 <input type="radio"/> call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 其他：_____			
*轉介單位名稱		*轉介人	
*連絡電話		*電子信箱	
個案資料			
*姓名		*身分證字號	
*出生年月日	____年____月____日	*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別
*連絡電話		*連絡住址	
*就業情形	<input type="radio"/> 有，從事_____ <input type="radio"/> 無，失業多久_____	主要語言	<input type="radio"/> 國語 <input type="radio"/> 臺語 <input type="radio"/> 客語 <input type="radio"/> 其他_____
伴侶與婚姻狀況	1. <input type="radio"/> 不詳 <input type="radio"/> 無伴侶 <input type="radio"/> 有伴侶 2. <input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡	教育程度	<input type="radio"/> 不詳 <input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職 <input type="radio"/> 專科/大學 <input type="radio"/> 研究所以上 <input type="radio"/> 其他：_____
*福利身分	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不詳 <input type="radio"/> 有： <input type="radio"/> 低收 <input type="radio"/> 中低收 <input type="radio"/> 身障生活補助 <input type="radio"/> 特境家庭 <input type="radio"/> 低收獨老 <input type="radio"/> 其他_____		
*主要照顧者/ 聯絡人資料	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有，姓名：_____ 電話：_____ 住址：_____ 與個案關係： <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 伴侶 <input type="radio"/> 監護人 <input type="radio"/> 法定代理人 <input type="radio"/> 公設保護人 <input type="radio"/> 其他：_____		
*疾病診斷		*身障手冊	<input type="radio"/> 不詳 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(<input type="radio"/> 輕度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度 <input type="radio"/> 極重度)
*主要問題內容	1. <input type="radio"/> 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="radio"/> 傷人 <input type="radio"/> 傷人之虞 <input type="radio"/> 自傷 <input type="radio"/> 自傷之虞 2. <input type="radio"/> 社區干擾或破壞： <input type="radio"/> 公共危險 <input type="radio"/> 公共危險之虞 <input type="radio"/> 預期性傷害危險 (<input type="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 曾經發生過) 3. <input type="radio"/> 因無接受治療而造成無法自我照顧 (請描述)：_____ 4. <input type="radio"/> 其他 (請描述)：_____		
*個案狀況及 已處理情形	最近一次訪視日期：____年____月____日，請具體描述，並敘明相關事件發生時間。		

*轉介目的	<input type="radio"/> 協助精神狀況評估 <input type="radio"/> 協助轉介醫療機構 <input type="radio"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="radio"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="radio"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="radio"/> 其他：_____				
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知 (<input type="radio"/> 主要照顧者/聯絡人 <input type="radio"/> 其他_____) <input type="radio"/> 未/無法告知，原因：_____ *請轉介單位儘量告知預計提供衛政相關單位關懷、協助，避免個案或家屬接受訪視時，感受唐突。				
核章欄					
轉介單位					
<input type="radio"/> 已確認轉介資料均正確 <input type="radio"/> 已確認個案未失聯 <input type="radio"/> 已確認個案在社區(非待出監、或待出院) <input type="radio"/> 已填寫簡易篩檢表 <input type="radio"/> 已瞭解如評估案況有需共同訪視，將協助配合					
轉介者			審核者		
(核章)			(核章)		
衛生局					
衛生局處理情形					
*衛生局 初評紀錄					
衛生局 初評日期	____年__月__日	評估人員	單位主管		
<input type="radio"/> 轉介醫療機構，受轉介機構： <input type="radio"/> 三軍總醫院北投分院 <input type="radio"/> 臺北市立聯合醫院松德院區 <input type="radio"/> 高風險個案收案 <input type="radio"/> 社區疑似精神病人收案 <input type="radio"/> 不轉介： <input type="radio"/> 已為精神照護系統服務個案。 <input type="radio"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="radio"/> 不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="radio"/> 個案主要需求非衛生機關之服務項目。 <input type="radio"/> 考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 <input type="radio"/> 其他原因 (請簡述)：_____					
[註：住院、門診/居家治療、自殺防治/心衛社工列管、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介]					
衛生局 評估日期	____年__月__日	評估人員	單位主管		
醫療機構評估結果					
<input type="radio"/> 高風險個案收案 <input type="radio"/> 社區疑似精神病人收案 <input type="radio"/> 不收案(請續填下列未能完成評估回覆單)					

醫療機構未能完成評估回覆單(給衛生局)

已於__年__月__日，進行聯繫

住院，入住_____醫院

門診/居家治療

失聯

搬遷

家屬、個案拒絕接受服務

已前往，但無法成功接觸個案

羈押中

生理疾病住院

死亡

其他原因（請說明）：_____

其他補充事項：

*回覆日期	____年__月__日	*行政專案人員		*單位主管	
-------	-------------	---------	--	-------	--

備註：

- 轉介方式：填寫本轉介單及「(疑似)精神病患之自傷傷人危險性簡易篩檢表」，經單位審核確認資料無誤，將核章掃描檔以電子郵件寄送至本局專用信箱 (mipc8779@gov.taipei)。
- 查詢處理情形請先上雲端網址確認：<https://reurl.cc/eLWlrb>
- 如有個案處理情形需聯繫確認，可洽各社區心理衛生中心：

區域(依個案居住地為原則)	各心衛中心與連絡電話
中山區、中正區、大同區、萬華區	萬華區社區心理衛生中心 02-23033611
士林區、北投區、松山區、內湖區	北投區社區心理衛生中心 02-28212060
大安區、文山區、信義區、南港區	文山區社區心理衛生中心 02-86615387

- 如個案已連結優化計畫服務，可洽承作醫療團隊：

區域(依個案居住地為原則)	承作醫療團隊與連絡電話
北區：士林區、北投區、中山區、中正區、大同區、萬華區	三軍總醫院北投分院(社區精神科) / 02-28962095
南區：松山區、信義區、南港區、內湖區、大安區、文山區	市立聯合醫院松德院區(社區精神科) / 02-27263141#1237