



|   |  |             |             |  |  |
|---|--|-------------|-------------|--|--|
| *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<br><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_____ )<br><input type="radio"/> 未/無法告知，原因：_____<br>*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。                       |             |             |  |  |
| <b>核章欄</b>  |  |             |             |  |  |
| <b>轉介單位</b>   |  |             |             |  |  |
| <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)<br><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  |  |             |             |  |  |
| <b>轉介者</b>  |  |             | <b>審核者</b>  |  |  |
| (核章)  |  |             | (核章)        |  |  |
| <b>衛生局</b>  |  |             |             |  |  |
| <b>衛生局處理情形</b>  |  |             |             |  |  |
| <b>*衛生局<br/>初評紀錄</b>  |  |             |             |  |  |
| <b>衛生局<br/>初評日期</b>   | ____年__月__日  | <b>評估人員</b> | <b>單位主管</b> |  |  |
| <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<br><input type="radio"/> 高風險個案收案 <input type="radio"/> 社區疑似精神病人收案<br><input type="radio"/> 不轉介：<br><input type="radio"/> 已為精神照護系統服務個案。<br><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。<br><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。<br><input type="radio"/> 個案主要需求非衛生機關之服務項目。<br><input type="radio"/> 考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。<br><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 ]   |  |             |             |  |  |
| <b>衛生局<br/>評估日期</b>   | ____年__月__日  | <b>評估人員</b> | <b>單位主管</b> |  |  |
| <b>醫療機構評估結果</b>   |  |             |             |  |  |
| <input type="radio"/> 高風險個案收案 <input type="radio"/> 社區疑似精神病人收案<br><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 |