

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

屏東縣政府衛生局社區心理衛生中心

轉介單

填表日期： 年 月 日

一、轉介資料：

轉介單位：

衛政：心衛社工 社區精神關訪員 自殺關訪員 公衛護理師

其他：社會處：_____ 長照處：_____ 教育單位：_____ 其他：_____

個案類型：

1. 精神

病人(經醫師診斷患者有思覺失調症、妄想症、躁鬱症之病人)且非心理衛生人員服務中個案

2. 領有

身心障礙證明(第一類)之服務困難個案

3. 1個月內重複自殺3次以上之個案

◇ 疑似或

具社區風險之精神病人可轉介「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，如有緊急情況，請直

接撥打 110、119 或 24 小時緊急諮詢專線電話 0963-204569。

轉介原因：

疑似有心理或情緒困擾 需提升日常生活處理能力 需提升社交技巧或改善人際關係

需提升輔具操作技能 需提升工作意願或改善工作態度 需有身體檢查及評估需求

需提升工作能力 需增加疾病知能 需接受用藥指導

未規則就醫或服藥 有成癮防治或戒斷相關諮詢需求 其他：_____

個案情況對日常生活的影響程度：

不詳 不影響 無法自理 需他人協助 其他：_____

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

個案狀況摘要：

二、個案基本資料：

姓名：	身分證字號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話：	出生年月日(民國)：	
居住地址：		
教育程度：	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中(高職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
婚姻、居住狀態： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 與他人同居 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他：		
就業情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 就職中：_____ <input type="checkbox"/> 失業：_____個月 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 家管		
身份別：	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 近貧戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病卡_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	
疾病診斷名稱或代碼：		
主要聯絡人：	聯絡人電話：	
與個案之關係： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 家屬_____ <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
三、個案狀況：		
是否對自己的狀況有瞭解(病識感)：		
<input type="checkbox"/> 有部分病識感(知道自己異於常人但不清楚疾病內容或不願配合醫療服務)		
<input type="checkbox"/> 有病識感(知道自己異於常人且對疾病有完整的瞭解或願意配合醫療服務)		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
情感方面：	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高亢 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 生氣 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 害怕 <input type="checkbox"/> 驚恐 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
行為方面：	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 急躁不安 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 攻擊(對自己、對他人)	

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

破壞 強迫(重複性動作) 整日臥床 退縮(不出房門)

失眠 情緒不穩 日常生活無法自理 其他：_____

物質濫用情形：
不詳 無 酒 安眠藥

管制藥品或毒品 其他：_____

四、身心科就醫情形：

目前是否就醫：無(以下免填) 有：

就醫情形：不詳 無 拒絕就醫 不規律就醫 規律就醫 其他：

服藥規則性：不詳 規則服藥 不規則服用 拒絕服藥

用藥方式：不詳 無 口服 針劑 滴劑 其他： : _____

轉介 人員		連絡 電話		傳真 號碼		主管	
----------	--	----------	--	----------	--	----	--

-----以下部分由社區心理衛生中心人員填寫-----

個案姓名		回覆日期	年 月 日
轉介單位	轉介人員	聯絡電話	
<p>※本單位收到貴 _____，於____年____月____日轉介此個案資料，特此回復。</p> <p>※服務情形：</p> <p><input type="checkbox"/>開案，已於____年____月____日進行訪視，如需瞭解個案情形，請洽詢電話_____，訪視人員：</p> <p><input type="checkbox"/>已有心理衛生人員服務中，個案管理人員為：_____並於____年____月____日與您聯繫，如需瞭解個案情形，請洽詢電話_____</p> <p>※其他補充說明事項：</p>			

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

	<input type="checkbox"/> 不開案，因於____年____月____日、____月____日及____月____日皆無法聯繫個案。				
回覆人		督導		執行秘書	