

澎湖縣政府衛生局
澎湖縣社區心理衛生中心轉介單

請傳真至 (06)9269051	聯絡電話： (06)9920100 澎湖縣 社區心理衛生中心 護理師	轉介注意事項： 1. 轉介社區疑似精神疾病個案，轉介型態為： 社會關注對象、犯罪被害人、成癮照顧者、成癮患者、受虐者、受疏忽、精神病(非精神照護列管)、遊民、家庭衝突、人際衝突、社會退縮等合併疑似精神疾病之個案。 2. 須配合受理單位社區心理衛生中心進行共訪機制。 3. 伴有自殺意念個案請填寫另一份自殺高風險個案轉介單並傳真，非填此轉介單。 4. 疑似精神病個案須透過醫療評估，請填寫另一份澎湖縣疑似精神病人優化計畫通報/轉介單並傳真，非填此轉介單。			
轉介單位		轉介人員		轉介人員 主管核章	
轉介日期	__年__月__日	聯絡電話		傳真電話	
電子郵件					

轉介目的	☐ 提供社區治療、社區支持及轉介或轉銜各項服務 ☐ 提供精神心理社會處置及衛生教育 ☐ 其他：_____
知情同意	民眾、轉介單位已向本人說明將協助轉介社區心理衛生中心，同意將個人資訊提供給社區心理衛生中心專業人員，並將接受聯絡、評估以接受社區支持、關懷、資源轉銜。 本人已充分接受告知並同意接受轉介社區心理衛生中心服務，並於下方簽名。 個案簽名：_____（個案若為 18 歲以下則由監護人簽署） 不願意接受服務，以聯繫同住者、家屬、法定監護人、轉介來源為主要對象。 家屬、親友簽名：_____

個案基本資料

身分證字號		姓名	
連絡電話		地址	戶籍：_____ 居住：_____
性別	○男○女○多元性別	出生日期	____年__月__日，__歲
國籍	○台灣○越南○印尼○菲律賓○中國○馬來西亞○美國○日本○韓國○其他國家：_____		
教育程度	○不識字 ○國小 ○國中 ○高中 ○高職 ○專科 ○大學 ○碩士或以上○不詳		
婚姻狀況	○未婚○已婚 ○離婚 ○鰥寡 ○不詳		
主要照顧者/ 重要關係者	姓名：_____/關係：_____/電話：_____/是否同住：○是、○否，地址：_____		

家庭背景	(請簡述家庭成員及同住者、非同住者之間關係，或以家系圖呈現)	
精神疾病診斷	☐無☐智能障礙☐發展遲緩☐注意力不足過動症☐自閉症☐學習障礙☐適應障礙 ☐焦慮症☐恐慌症☐恐懼症☐強迫症☐憂鬱症☐重鬱症☐雙向情感性疾患(躁鬱症) ☐躁症☐睡眠障礙☐轉化症☐解離症☐身心症☐慮病症☐厭食症☐暴食症 ☐情感性思覺失調症☐思覺失調症☐妄想症☐短暫精神病症☐酒精相關障礙症 ☐鴉片相關障礙症(海洛因)☐興奮劑相關障礙症(安非他命、古柯鹼)☐菸草相關障礙症 ☐器質性腦傷☐認知障礙症☐排泄障礙症☐性發展障礙☐性功能障礙☐性偏好症 ☐創傷後壓力症☐衝動障礙症☐非物質或生理狀況所致之精神病 ☐其他非物質或生理狀況所致之精神疾患☐人格疾患：_____ ☐其他：_____	
	用藥類型	☐ 口服 ☐ 長效針劑 ☐ 滴劑 ☐ 其他_____
	心理治療	☐ 有，醫院/諮商所：_____，心理師：_____ ☐ 無
生理疾病診斷	☐無☐高血壓☐糖尿病☐高血脂☐肺結核☐愛滋病☐疥瘡☐癲癇☐氣喘 ☐腦血管疾病(中風)☐腎臟病☐骨骼肌肉疾病☐心血管疾病☐婦科疾病☐皮膚病 ☐泌尿道疾病☐貧血☐肢體障礙☐先天畸形☐眼睛疾病☐癌症☐其他：_____	
	主要看診醫院/診所：_____，科別：_____，主治醫師：_____	
	用藥類型	☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 滴劑 ☐ 其他_____
身心障礙證明	☐有，疾病名稱：_____障礙類別：第____類，☐輕度 ☐中度 ☐重度 ☐極重度 ☐否 ☐不詳 ☐需重新鑑定，下次鑑定日期：____年____月____日	
主要症狀	情感：☐無異狀 ☐低落 ☐高亢 ☐憂鬱 ☐緊張 ☐焦慮☐害怕☐驚恐☐生氣☐冷漠 ☐其他：_____ 思考：☐無異狀 ☐語無倫次 ☐思考不連貫 ☐妄想 ☐自殺意念 ☐其他：_____ 知覺：☐無異狀 ☐幻聽 ☐幻視 ☐其他：_____ 行為：☐無異狀 ☐躁動不安 ☐自傷 ☐攻擊行為 ☐破壞 ☐強迫 ☐退縮 ☐整日臥床 ☐騷亂 ☐其他：_____	
主要問題內容	☐1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞：☐傷人 ☐傷人之虞 ☐自傷 ☐自傷之虞 ☐2. 社區干擾/破壞：☐公共危險 ☐公共危險之虞 ☐預期性傷害危險(○未曾發生過 ○曾經發生過) ☐3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ ☐4. 社區適應問題 ☐5. 學習適應問題 ☐6. 其他(請描述)：_____	
主要壓力源	☐ 人際失落 ☐ 人際關係緊張 ☐ 情緒困擾 ☐ 親密關係 ☐ 家庭關係 ☐ 親子關係 ☐ 師生關係	

	☐ 精神疾患 ☐ 身體疾病 ☐ 照顧壓力 ☐ 成癮問題 ☐ 家人成癮困擾 ☐ 職場關係 ☐ 工作適應 ☐ 職場壓力 ☐ 轉職困擾 ☐ 非自願營業 ☐ 非自願無薪 ☐ 經濟問題 ☐ 重大創傷事件 ☐ 受暴力 ☐ 性騷擾 ☐ 性侵害 ☐ 司法訴訟 ☐ 其他：_____	
病情摘要	服藥規則性： ☐ 無用藥 ☐ 不規則用藥 ☐ 規則用藥 服藥情形： ☐ 無 ☐ 主動服藥 ☐ 被動服藥 ☐ 拒藥 ☐ 自覺無效 用藥方式： ☐ 無 ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 滴劑 日常生活影響： ☐ 無 ☐ 自我照顧需督促 ☐ 自我照顧需他人協助 物質濫用： ☐ 無 ☐ 酒 ☐ 鎮靜安眠藥物 ☐ 管制藥品或毒品 其他問題：	
	需要家屬督促用藥	☐ 是 ☐ 否，原因：_____
身心科就醫情形	☐ 有就醫且規則門診 ☐ 有就醫但不規則門診 ☐ 不願就診 醫院/診所名稱：_____，看診醫師：_____，最近就醫日期：_____。 ☐ 住院：醫院名稱：_____，住院日期：_____， 住院理由： ☐ 強制住院 ☐ 急性發病 ☐ 自傷 ☐ 傷人 ☐ 自殺 ☐ 其他：_____ ☐ 未曾就醫，說明：_____	
	需要家屬陪同就醫	☐ 是 ☐ 否，原因：_____
資源是否曾介入	☐ 無 ☐ 是，介入日期：____年____月____日 介入單位： ☐ 衛政單位 ☐ 社政單位 ☐ 教育處 ☐ 醫療單位 ☐ 民間單位 ☐ 就服中心 ☐ 其他單位：_____ 介入原因： ☐ 兒少保護個案家庭 ☐ 高風險家庭 ☐ 家庭暴力事件 ☐ 高危機個案 ☐ 社會福利 ☐ 居家治療 ☐ 心理治療 ☐ 職能治療 ☐ 就業服務 ☐ 長照服務 ☐ 身心障礙列管 ☐ 其他：_____ 介入狀態： ☐ 已服務結案 ☐ 服務中 ☐ 中斷服務，說明：	
	福利身份	☐ 一般戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 低收入戶
	福利補助	☐ 無 ☐ 中低收入戶生活補助 ☐ 低收入戶生活補助 ☐ 身障生活補助 ☐ 老農津貼 ☐ 榮民/眷 ☐ 日間照護及住宿式照顧補助 ☐ 三節慰問金 ☐ 國民年金 ☐ 租屋補助 ☐ 就學補助 ☐ 其他：_____
		領取補助金額：
	其他補充說明：	

個案概況描述	請具體描述。並敘明相關事件發生時間、地點、場合、互動對象、互動過程、後續結果、評估情形、介入情形、介入結果及效果。
---------------	--