臺北市政府衛生局社區疑似個案轉介單

「*」為必填欄位

*轉介單位類別	☐ 社政： ☐ 保護體系：1. ☐ 加害人 ☐ 被害人 ☐ 2. ☐ 家暴通報 ☐ 性侵害通報 ☐ 兒少虐待通報 ☐ 社福體系： ☐ 脆弱家庭通報 ☐ 其他：_____		
	☐ 衛政： ☐ 醫療院所 ☐ 自殺通報 ☐ 毒防中心： ☐ 酒癮 ☐ 藥癮 ☐ 其他：_____		
☐ 勞政 ☐ 教育 ☐ 警政 ☐ 消防 ☐ 社區： ☐ 鄰里長或里幹事 ☐ 社區民眾 ☐ 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	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別
*連絡電話			*連絡住址
*就業情形	☐ 有·從事_____ ☐ 無·失業多久_____	主要語言	☐ 國語 ☐ 臺語 ☐ 客語 ☐ 其他_____
伴侶與婚姻狀況	1. ☐ 不詳 ☐ 無伴侶 ☐ 有伴侶 2. ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡	教育程度	☐ 不詳 ☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職 ☐ 專科/大學 ☐ 研究所以上 ☐ 其他：_____
*福利身分	☐ 無 ☐ 不詳 ☐ 有· ☐ 低收 ☐ 中低收 ☐ 身障生活補助 ☐ 特境家庭 ☐ 低收獨老 ☐ 其他_____		
*主要照顧者/ 聯絡人資料	☐ 無 ☐ 有·姓名：_____ 電話：_____ 住址：_____ 與個案關係： ☐ 父母 ☐ 伴侶 ☐ 監護人 ☐ 法定代理人 ☐ 公設保護人 ☐ 其他：_____		
*疾病診斷	*身障手冊	☐ 不詳 ☐ 無 ☐ 有(☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度)	
*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. ☐ 社區干擾或破壞： ☐ 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. ☐ 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	☐ 協助精神狀況評估 ☐ 協助轉介醫療機構 ☐ 提供精神心理社會處置及衛生教育 ☐ 危機處理及提供短期就醫資源 ☐ 提供個案社區關懷追蹤 ☐ 其他：_____		

*計畫轉介告知	☐ 已告知 (☐ 主要照顧者/聯絡人 ☐ 其他_____) ☐ 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

已確認轉介資料均正確 已確認個案未失聯 已確認個案在社區(非待出監、或待出院)
已填寫簡易篩檢表 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)

衛生局審核

受理，
 已為 一般精神照護個案 多元議題照護個案，_____區，通知主責人員。
疑似個案經評估連結優化計畫合作服務。
 受轉介機構：三軍總醫院北投分院 臺北市立聯合醫院松德院區
 需協助事項：協助精神狀況評估 協助轉介醫療機構 提供精神心理社會處置及衛生教育
 危機處理及提供短期就醫資源 提供個案社區關懷追蹤
其他：_____

無法受理，
資料不足，無法評估轉介與否。
無法聯繫，請確認行蹤或更正聯絡資料。
不符轉介目的，請轉介其他網絡機關(構)持續關懷。
個案主要需求非衛生機關服務項目。
考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。
個案或家屬強烈拒絕
其他：_____

評估者	審核者
(核章)	(核章)

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@health.gov.tw)。
- 查詢處理情形請先上雲端網址確認：<http://tny.im/E8EyB>
- 如有個案處理情形需聯繫確認，可洽本局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