**雲林縣社區精神病人轉介單**

修訂：109年6月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【轉介條件】  需**同時符合**  **右列三項要件**  請勾選確認 | **□（一）**已**明確告知個案(當事人)或家屬**，將轉介衛生單位人員提供關懷訪視與衛教資源。  **□（二）**個案(當事人)**非住院或接受機構式照顧服務**之精神病人。  **□（三）**個案(當事人)符合下列標準**至少一項**之精神病人：  　□ 1.生活面臨多重問題且無法自行解決。  　□ 2.家庭/社會支持系統薄弱，需重建社會支持及資源系統。  　□ 3.病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者。  　□ 4.獨居。  　□ 5.主要照顧者為 65 歲以上。  　□ 6.多次強制住院後出院。  　□ 7.家中有2位以上精神病人。  　□ 8.疑似精神病，且出現與現實脫節之怪異思想及奇特行為，**並有**自傷傷人之虞者。 | | | | | | | | | | | |
| **個案姓名** |  | | 個案性別 | | | □男 □女 | | | 聯絡電話 | | |  |
| 出生年月日 | 年 月 日， 歲 | | | | | **身分證統一編號** | | |  | | | |
| **居住地址**  (請詳細填寫) | 縣(市) 　 市 (區、鄉、鎮) 　 　 村(里) 　　 鄰  　 路(街) 　 段 　 巷 　 弄 　 號 　 樓 | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址  (請詳細填寫) | 縣(市) 　 市 (區、鄉、鎮) 　 　 村(里) 　　 鄰  　 路(街) 　 段 　 巷 　 弄 　 號 　 樓 | | | | | | | | | | | |
| 主要照顧者  或聯絡人姓名 |  | | 與個案關係 | |  | | | 電話 | |  | | |
| 手機 | |  | | |
| 照顧者  或聯絡人地址 | □與個案同住 □其他： 縣(市) 市 (區、鄉、鎮) 村(里) 鄰  路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | |
| **疾病診斷類別** | 身障手冊：□無；**□有，ICF診斷：** 等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度；□未重新鑑定  **ICD10診斷碼：**□F20 □F22 □F25 □F30 □F31 □F06.0 □F06.1 □F06.2 □F06.33 □F06.34 □F06.8□非上述診斷： 　　　　 □無相關診斷 | | | | | | | | | | | |
| 主要症狀  與行為 | 情感：□無異狀 □低落 □高亢 □憂鬱 □緊張 □焦慮 □驚恐 □生氣 □冷漠 □情緒控制差 □其他  思考：□無異狀 □妄想 □語無倫次 □自殺意念 □注意力差 □思考不連貫 □其他  知覺：□無異狀 □幻聽 □幻視 □錯亂 □其他  行為：□無異狀 □自傷 □強迫 □退縮 □髒亂 □激躁不安 □攻擊行為 □破壞物品 □整日臥床  □無自我照顧能力 □干擾家人、親友或鄰居 □言語侵犯他人 □其他  物質濫用：□無 □酒 □安眠藥 □管制藥品或毒品 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 社政資源  是否曾介入 | □是，開案日期：  開案原因：□兒少保護 □老人保護 □家庭暴力 □性侵害案件 □脆弱家庭 □其他:  開案狀態：□已結案 □服務中 □中斷服務，說明:  □否，經評估後不開案 □不詳 □其他 | | | | | | | | | | | |
| □低收入戶 □中低收入戶 □身心障礙生活補助 □特殊境遇家庭扶助 □獨居老人 □不詳 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 轉介簡述  （含家庭背景、個案狀況及  已提供之服務） |  | | | | | | | | | | | |
| 轉介目的 | □提供個案社區關懷追蹤 □提供個案精神衛生及藥物相關衛教資訊  □提供精神醫療就醫協助 □其他: | | | | | | | | | | | |
| 轉介單位 |  | 轉介人員 | |  | | | 主管核章 | | | |  | |
| 轉介日期 |  | 聯絡電話 | |  | | | 傳真電話 | | | |  | |