

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_____	主要語言	☐ 國語 ☐ 臺語 ☐ 客語 ☐ 其他_____
	☐ 無，失業多久_____		
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