

115 年度機構自行開案轉介單/第 3 類轉介單 *為必填

*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲
*教育程度	☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職/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		
*計畫轉介告知	☐ 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 ☐ 無法告知，原因：_____ 機構須向服務對象說明本計畫服務內容與流程，並取得簽署服務同意書後，方可收案並提供後續追蹤服務；若個案於非於本計畫機構就醫，須由醫療機構通報衛生局進行訪視評估，並取得簽署服務同意書。		
*已告知主要照顧者或具特別密切關係之人註 1 (可協助訪視事宜者)	姓名：_____ /關係 電話：_____ 是否同住： ☐ 是 ☐ 否		
個案疾病診斷 *請參閱代碼對照表	主診斷：_____ 次診斷：_____		
*主要問題內容	☐ 1.暴力攻擊： ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 自傷 ☐ 傷人 ☐ 暴力攻擊之虞） ☐ 2.社區干擾/破壞： ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 公共危險 ☐ 公共危險之虞） ☐ 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）：_____		
*來院摘要			
*轉介日期	西元 年 月 日	*轉介人	

註 1：參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第 2 條之主要照顧者、本法第 34 條第 2 項之保護人及《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第 3 條第 1 項第 2 款之病人關係人之定義，包括配偶、父母、家屬、直系姻親、共同生活之同居人，或對服務對象負有保護或主要照顧責任之人。實務上可由收案單位依個案情形綜合判斷認定。

註 2：門診或急診病人若為符合轉介類型之個案，請醫師填寫轉介單。