

疑似或社區精神病人個案轉介及回覆單/第1、2類轉介單 *為必填

請 MAIL 至本局專用信箱 mipc8779@gov.taipei	轉介注意事項： 1.請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2.必須配合機構共訪機制，且個案、主要照顧者或具特別密切關係之人可聯繫。 3.由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4.請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」。		
*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職 <input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="checkbox"/> 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ 請轉介單位務必告知將協助轉介衛生局/社區心理衛生中心及機構關懷訪視。		
*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：_____/電話：_____/手機_____ 與個案關係： <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 伴侶 <input type="radio"/> 監護人 <input type="radio"/> 法定代理人 <input type="radio"/> 公設保護人 <input type="radio"/> 其他 是否同住： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
*收案條件	<input type="radio"/> 第1類：網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。 <input type="radio"/> 第2類：疑似精神病人被護送就醫未住院者。		
*個案過往就醫情形	<input type="radio"/> 未曾就醫，請說明：_____ <input type="radio"/> 曾就醫 醫療機構名稱：_____醫師姓名：_____		
疾病診斷 <small>*請參閱代碼對照表</small>	主診斷：_____ 次診斷：_____		
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無		
第1類個案轉介機構/單位			
*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系 1.案件類型： <input type="checkbox"/> 家暴通報 <input type="checkbox"/> 性侵害通報 <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報 2.進案身份： <input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="radio"/> [社政]社福體系 案件類型： <input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心 案件類型： <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="radio"/> [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政體系 <input type="radio"/> 消防體系 <input type="radio"/> 民政體系		

	案件類型： <input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	<input type="checkbox"/> 社區民眾通知 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
*個案概況描述	最近一次家訪日期：__年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 [轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視]		
備註			
*轉介單位	<input type="checkbox"/> 可配合共訪 <input type="checkbox"/> 無法配合共訪，原因：_____	*轉介單位 電子信箱	
*轉介單位電話	電話：_____ 分機_____	傳真	
*轉介日期		*轉介人 核章	*主管 核章

疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(衛生局填寫)

*衛生局 家訪紀錄	1.訪視日期： 2.網絡人員共訪： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，原因：_____		
*衛生局家 訪人員核章		*單位主管核章	

回覆內容	<input type="checkbox"/> 轉介醫療機構提供評估服務: <input type="checkbox"/> 三軍總醫院北投分院 <input type="checkbox"/> 臺北市立聯合醫院松德院區 <input type="checkbox"/> 暫不轉介: <input type="checkbox"/> 社區心理衛生中心個案管理服務對象，由 <input type="checkbox"/> 公共衛生護理師 <input type="checkbox"/> 社區關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 心衛社工 <input type="checkbox"/> 自殺防治關懷員關懷中。請聯繫訪視人員，姓名：_____，電話：_____分機____。 <input type="checkbox"/> 已住院/門診/居家治療 <input type="checkbox"/> 另行收案（請填計畫/方案名稱）： <input type="checkbox"/> 非衛生機關之服務項目 <input type="checkbox"/> 不符轉介目的 <input type="checkbox"/> 拒訪 <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="checkbox"/> 其他原因（請簡述）：_____
	[註：搬遷、羈押中、暫不收案、失聯、生理疾病住院、死亡]

衛生局 派案日期	__年__月__日	評估人員		單位主管	
-------------	-----------	------	--	------	--

疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(機構填寫)

回覆內容	已於 年 月 日，進行聯繫 <input type="checkbox"/> 開案 <input type="checkbox"/> 無法開案，理由： <input type="checkbox"/> 住院，入住_____醫院，原因：_____ <input type="checkbox"/> 門診/居家治療，_____醫院 <input type="checkbox"/> 拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理) <input type="checkbox"/> 拒訪(已__年__月__日前往，但無法成功接觸個案) <input type="checkbox"/> 搬遷 <input type="checkbox"/> 羈押中 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失聯(已依失聯 SOP 處理) <input type="checkbox"/> 其他原因(請簡述)：_____ <input type="checkbox"/> 其他補充事項：
------	--

*醫院 回覆日期	__年__月__日	*經辦人員核章		*單位主管或 審核人核章	
*社區心理 衛生中心 回覆日期	__年__月__日	*社區心理衛生中心 人員核章		*社區心理衛生 中心主管 人員核章	

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《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。實務上可由轉介單位依個案情形綜合判斷認定。

註2：門診或急診病人若符合轉介類型之個案，請醫師填寫轉介單。

備註：

- 1、轉介方式：填寫轉介單及「(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表」，經單位審查核確認資料無誤，將核章掃描檔以電子郵件寄送至本局專用信箱(mipc8779@gov.taipei)。
- 2、查詢處理情形請先上雲端網址確認：<https://reurl.cc/eLWLRb>
- 3、如有個案處理情形需聯繫確認，可洽各社區心理衛生中心：

區域(依個案居住地為原則)	各區心理衛生中心連絡電話
萬華區、大同區、中正區	萬華區社區心理衛生中心 (02)2303-3611
北投區、士林區、中山區	北投區社區心理衛生中心 (02)2821-2060
文山區、大安區	文山區社區心理衛生中心 (02)8661-5387
信義區、松山區	信義區社區心理衛生中心 (02)2763-0668
南港區、內湖區	南港區社區心理衛生中心 (02)2651-5501

- 4、如果已連結優化計畫服務者，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)2896-2095
南區:松山區、信義區、南港區、內湖區、大安區、文山區	臺北市立聯合醫院松德院區(社區精神科) (02)2726-3414#1237