

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：潘眉如
聯絡電話：08-7320415#3637
傳真：08-7322450
電子信箱：a250733@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣九如鄉三多國民小學

發文日期：中華民國115年5月12日

發文字號：屏府教學字第1155088053號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：疑似精神病人個案轉介及回覆單(含簡易篩檢表) (376530000A115508805300-1.pdf)

主旨：檢送「115年屏東縣疑似或社區精神病人照護優化計畫」
相關轉介單及篩檢表，請查照。

說明：

一、依據本府衛生局115年5月11日屏衛心字第1158011991號函
辦理。

二、為提供連續性照護服務為目標的服務模式，針對疑似或社
區精神病人，進行精神醫療評估、緊急處置及提供社區外
展照護，個案若符合以下其中一項條件及非社區心理衛生
中心個案管理服務對象即可轉介：

(一)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(由網絡人員轉介)。

(二)第2類：疑似精神病人被護送就醫未住院者(由醫療機構
轉介)。

三、倘貴校有個案須轉介旨揭計畫，請配合轉介事項如下：

(一)須填寫「疑似精神病人個案轉介及回覆單」、「(疑似)
精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表」，並傳真本局

內埔區社區心理衛生中心(傳真號碼:7799980)。

(二)轉介人員請務必偕同本局心理衛生人員及承辦機構訪視，以利有效提供醫療服務。

(三)相關表單請至「衛生局網站/業務資訊/心理衛生與毒品防制/社區心理衛生中心/精神疾病防治/照護服務」自行下載，(網址：https://www.ptshb.gov.tw/News_Content.aspx?n=5DDB30C62B8650C9&sms=A5CCAE60A6E6CF2B&s=96F1B6E3E9D4B884)。

正本：各國小、各高國中

副本：本府教育處學生事務科



115 年度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

請傳真至(08)7799980 pth809@mail.ptshb.gov.tw		聯絡電話： (08)7799979 聯絡人： 內埔區社區心衛中心 張琇婷督導	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/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： _____ /關係 電話： _____ 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 *請參閱代碼 對照表	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="radio"/> 社區民眾通知 <input type="radio"/> 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：_____		
*個案概述描述	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="radio"/> 可配合共訪 <input type="radio"/> 無法配合共訪，原因：_____	電子信箱	
*電話	電話：_____ 分機	傳真	
*轉介日期		*轉介人核章	*主管核章

115 年度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="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無，原因：_____		
*衛生局家訪人員核章		*單位主管核章	
回覆內容	<input type="radio"/> 轉介 _____(機構名稱)_____提供評估服務 <input type="radio"/> 暫不轉介： <input type="radio"/> 社區心理衛生中心個案管理服務對象，由 <input type="radio"/> 公共衛生護理師 <input type="radio"/> 社區關懷訪視員 <input type="radio"/> 心衛社工 <input type="radio"/> 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="radio"/> 已住院/門診/居家治療 <input type="radio"/> 另行收案(請填計畫/方案名稱)： <input type="radio"/> 非衛生機關之服務項目 <input type="radio"/> 不符轉介目的 <input type="radio"/> 拒訪 <input type="radio"/> 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="radio"/> 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	115年__月__日	評估人員	單位主管

115 年度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="radio"/> 開案 <input type="radio"/> 無法開案，理由： <input type="radio"/> 住院，入住_____醫院，原因：_____ <input type="radio"/> 門診/居家治療，_____醫院 <input type="radio"/> 拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理) <input type="radio"/> 拒訪(已__年__月__日前往，但無法成功接觸個案) <input type="radio"/> 搬遷 <input type="radio"/> 羈押中 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 失聯(已依失聯 SOP 處理) <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____ <input type="radio"/> 其他補充事項：				
*醫院 回覆日期	115 年 月 日	*經辦人員核章		*單位主管 核章	
*社區心理 衛生中心 回覆日期	115 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：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。實務上可由轉介單位依個案情形綜合判斷認定。

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？

(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

-
3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 否 (是請續填以下各項)

- a. 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？
- b. 他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例)
- c. 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例)
- d. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
- e. 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)
- f. 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)

5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 否

6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？ 是 否

7. 他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
 - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
 2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
 4. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 否 (是請續填以下各項)
 - a. 你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：你知道是哪些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)
 - b. 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例)
 - c. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者例)
 - d. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：
 你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？ 你聽到聲音在彼此講話嗎？
 這些聲音會不會叫你去做事？ 叫你去傷害別人或傷害自己？
 你以前有沒有真的聽他們的命令去做？ 做過哪些事情呢？
 你如果不照做會發生甚麼事？
 - e. 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
 5. (轉介人自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？
 6. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
 7. 你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否