

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	☐ 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：_____		
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： ☐ 父母 ☐ 伴侶 ☐ 監護人 ☐ 法定代理人 ☐ 公設保護人 ☐ 其他 是否同住： ☐ 是 ☐ 否		
*收案條件	☐ 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。 ☐ 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	☐ 未曾就醫，請說明：_____ ☐ 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	☐ 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ ☐ 無		
第1類個案轉介機構/單位			
*轉介來源	☐ [社政]保護體系 1.案件類型： ☐ 家暴通報 ☐ 性侵害通報 ☐ 兒少虐待通報 2.進案身份： ☐ 相對人 ☐ 被害人 ☐ [社政]社福體系 案件類型： ☐ 脆弱家庭通報 ☐ 其他：_____ ☐ [衛政]自殺通報 ☐ [衛政]毒防中心 案件類型： ☐ 酒癮 ☐ 藥癮 ☐ 其他：_____ ☐ [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 ☐ 勞政體系 ☐ 教育體系 ☐ 警政體系 ☐ 消防體系 ☐ 民政體系		

	案件類型： ☐ 鄰里長或里幹事 ☐ 其他：_____			
	☐ 社區民眾通知 ☐ 其他：_____			
*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：_____			
*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	☐ 可配合共訪 ☐ 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： ☐ 有 ☐ 無，原因：_____		
*衛生局家 訪人員核章		*單位主管核章	

回覆內容	○轉介醫療機構提供評估服務： ○三軍總醫院北投分院 ○臺北市立聯合醫院松德院區 ○暫不轉介： ○社區心理衛生中心個案管理服務對象，由○公共衛生護理師○社區關懷訪視員○心衛社工○自殺防治關懷員關懷中。請聯繫訪視人員，姓名：_____，電話：_____分機____。 ○已住院/門診/居家治療 ○另行收案（請填計畫/方案名稱）： ○非衛生機關之服務項目 ○不符轉介目的 ○拒訪 ○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。 ○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 ○開案 ○無法開案，理由： ○住院，入住_____醫院，原因：_____ ○門診/居家治療，_____醫院 ○拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理) ○拒訪(已____年____月____日前往，但無法成功接觸個案) ○搬遷 ○羈押中 ○死亡 ○失聯(已依失聯 SOP 處理) ○其他原因(請簡述)：_____ ○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