

編號：

花蓮縣「精神病社區關懷照顧計畫」接案/轉介單

轉介單位類別：1. 衛生局所 2. 精神醫療機構 3. 精神復健機構 4. 社政單位(本轉介已經由案主同意) 5. 勞工單位 6. 教育單位 7. 其他：_____

轉介單位		聯絡電話		傳真電話	
個案姓名	出生日期	年月日	身分證字號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
疾病類別/程度	<input type="checkbox"/> 1. 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 2. 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 3. 妄想症 <input type="checkbox"/> 4. 其他：器質性腦症候群 (精障手冊： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 無障礙手冊 <input type="checkbox"/> 其他_____)				
嚴重病人	<input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 有：保護人姓名：_____；與病人關係：_____) <input type="checkbox"/> 不是				
家屬聯絡人	關係		電話		
戶籍地址			電話		
通訊地址			電話		
開案標準	非住院精神疾病個案且非在社區復健機構、康復之家、日間照顧/訓練機構、庇護工場、長期療養機構、護理之家等接受機構式照顧服務的精神疾病患者，且需符合下列標準其中之一項： <input type="checkbox"/> 1. 經強制住院後出院之精神病患。 <input type="checkbox"/> 2. 獨居之精神病患。 <input type="checkbox"/> 3. 主要照顧者為 65 歲以上之精神病患。 <input type="checkbox"/> 4. 病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者之精神疾病患者。 <input type="checkbox"/> 5. 家中有二位以上精神病患。 <input type="checkbox"/> 6. 醫院住院個案，二週後即將出院經出院準備計畫評估需個案管理服務之精神疾病患者。 <input type="checkbox"/> 7. 家庭/社會支持系統薄弱，需重建社會支持及資源系統之精神疾病患者。 <input type="checkbox"/> 8. 生活面臨多重問題且無法自行解決之精神病。 <input type="checkbox"/> 9. 其他經衛生主管機關轉介之個案。				
家庭背景摘要	居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅(<input type="checkbox"/> 貸款中) <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他_____；同住者：_____ 家庭主要經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 很差(<input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 老人福利補助 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 家庭主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女_____ <input type="checkbox"/> 手足_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 家屬對個案的態度： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張 <input type="checkbox"/> 關係衝突				
病情摘要	首次發病年齡：_____歲；總住院次數：_____次；平均一年住幾次：_____次 上次住院日期：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，醫院名稱：_____ 住院理由： <input type="checkbox"/> 強制住院 <input type="checkbox"/> 急性發病 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 其他_____ 用藥方式： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑 <input type="checkbox"/> 其他_____；藥物副作用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；說明：_____ 治療方式： <input type="checkbox"/> 門診，返診日期及醫院：_____ <input type="checkbox"/> 居家治療 <input type="checkbox"/> 其他_____				
主要問題	就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥後引起相關症狀或副作用 心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係衝突不良 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 精神症狀仍活躍 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 社會功能退化 <input type="checkbox"/> 就業問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題(含經濟) <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 社區關係 <input type="checkbox"/> 居住問題 <input type="checkbox"/> 司法問題 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
轉介目的	<input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 重建家庭支持系統 <input type="checkbox"/> 改善個案人際互動關係 <input type="checkbox"/> 協助制定復健計畫 <input type="checkbox"/> 協助參加社區復健方案 <input type="checkbox"/> 提供申辦社會福利資源 <input type="checkbox"/> 提供及轉介就業資源 <input type="checkbox"/> 提供及轉介教育資源及轉介 <input type="checkbox"/> 提供法律諮詢 <input type="checkbox"/> 安置及居住服務 <input type="checkbox"/> 協助培養健康規律的生活 <input type="checkbox"/> 其他_____				
轉介日期			轉介者		

請貴單位填寫上列個案轉介資料，填妥請傳真至花蓮縣衛生局心理衛生中心(花蓮市林森路391號)傳真號碼 835-1887 或 mail:frente621@gmail.com 聯絡電話：835-1885