

桃園市社區(疑似)精神病患通報/轉介單

年 月 日

通報來源單位 (請填全銜)	<input type="checkbox"/> 社政單位_____		<input type="checkbox"/> 教育單位_____	
	<input type="checkbox"/> 醫療院所: _____ 醫院/診所		<input type="checkbox"/> 衛生局/所: _____	
	<input type="checkbox"/> 勞工單位_____		<input type="checkbox"/> 民眾陳情_____ <input type="checkbox"/> 其他: _____	
通報者姓名	聯絡電話: _____		傳真電話: _____	
個案基本資料				
個案姓名	出生日期: _____		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證字號	聯絡電話: _____		手機: _____	
戶籍地址	_____市/縣_____區/市/鎮/鄉_____里_____鄰_____路/街_____段_____弄_____號_____樓			
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 _____市/縣_____區/市/鎮/鄉_____里_____鄰_____路/街_____段_____弄_____號_____樓			
教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 不詳			
職業	<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 士 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	<input type="checkbox"/> 無: <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他_____			
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳			
就醫情形	<input type="checkbox"/> 有就醫, 就醫醫院/年份: (1)_____ (2)_____			
	<input type="checkbox"/> 無就醫, 原因簡述: _____ <input type="checkbox"/> 不詳			
疾病診斷	<input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 妄想症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 藥酒癮 <input type="checkbox"/> 疑似精神病_____			
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		嚴重病人: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳	
居住狀況與 家庭背景	1. 居住現況: <input type="checkbox"/> 自有住宅(同住人姓名/關係: _____) <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 同居(同居人姓名/關係: _____) <input type="checkbox"/> 其他_____			
	2. 家庭成員: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 手足: _____兄 姐 弟 妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女: _____子 女 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	3. 家庭經濟狀況: <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不佳 (<input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____)			
	4. 家屬與個案態度: <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"/> 關係緊張或衝突			
主要照顧者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有是否與個案同住: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 主要照顧者地址: _____			
	主要照顧者姓名: _____(關係: <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: _____) 主要照顧者電話: _____ 手機: _____			
保護人資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 姓名 _____ 身分證字號: _____ 出生日期: _____			
	電話: _____ 手機: _____ 地址: _____ 關係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 夫妻 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 祖孫 <input type="checkbox"/> 村里長、幹事 <input type="checkbox"/> 衛生單位人員 <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"/> 服藥副作用 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	精神及行為問題: <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <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"/> 社區關係差 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就業問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題(含經濟) <input type="checkbox"/> 居住問題 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
轉介目的	<input type="checkbox"/> 建立個案病識感		<input type="checkbox"/> 建立規則就醫及服藥	
	<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"/> 安置及居住服務		<input type="checkbox"/> 疑似精神病通報	
	<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"/> 協助培養健康規律的生活		<input type="checkbox"/> 醫師到府評估	

