|  |
| --- |
| **114年度社區高風險精神病人衛生局/所轉介單第1.2.3類轉介單 \*為必填** |
| **\*身份證字號** |   | **\*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** | ○已告知主要照顧者 ○無法告知，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。 |
| **\*主要照顧者/****重要關係者** |  姓名/ 關係/ 電話/是否同住：○是、○否可協助訪視事宜者，關係：太太/兒子/鄰里長/社工 |
| **\*收案條件/精神照護級別** | ○第1類:非追蹤關懷及護送就醫病人 | 備註：○Call Center專線 | 備註：○網絡轉介者 |
| ○第2類:衛生局追蹤保護中之困難精神病個案 | ○一級○二級○三級○四級○五級○銷案中 |
| ○第3類:社區危機處理後之精神病個案 |
| **\*個案疾病診斷** | 主診斷： 次診斷： \*請參閱代碼對照表 |
| **主要問題內容** | □暴力攻擊 □干擾破壞 □自殺自傷 □精神病症狀干擾 □不願就醫□退化無法自我照顧 □藥物遵從性不佳□其他(請簡述)：  |
| **\*轉介時狀態** | 最後一次家訪評估：1.活性症狀干擾性：○輕微 ○普通 ○嚴重 ○非常嚴重2.社區生活功能障礙：○輕微 ○普通 ○嚴重 ○非常嚴重3.家屬對患者照顧之態度：○積極 ○普通 ○置之不理 ○失聯4.心理問題：○輕微 ○普通 ○嚴重 ○非常嚴重5.醫療上的問題：○無服藥 ○無回診 ○無病識感 |
| **家訪摘要** | 最後一次家訪日期：西元 年 月 日〔轉介前，請確認有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊訪視〕 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*轉介日期** | 西元 年 月 日 | **\*衛生局訪視人員核章** |  | **\*單位主管****核章** |  |
| **\*電話** |  |
| **衛生局審核** |
| **\*審核結果** | ○開案，轉介機構 ○無法開案，理由：  |
| **\*衛生局****派案日期** | 西元 年 月 日 | **\*派案人員** |  | **\*單位主管** |  |
| **\*醫療機構評估狀況** |
| **\*評估結果** | 評估或連繫日期： 年 月 日○開案○無法開案，理由：○因個案電話或地址錯誤無法聯繫○個案或家屬強烈拒絕接受服務(已依拒訪SOP處理)○其他補充事項：  |
| **\*醫療院所****回復日期** | 西元 年 月 日 | **\*評估人員** |  | **\*單位主管** |  |

**ICD 10 代碼-對照表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **代碼** | **診 斷** | **代碼** | **診 斷** |
| F01 | 血管性失智症 | F30 | 躁症發作 |
| F02 | 歸類於他處其他疾病所致之失智症 | F31 | 雙相情緒障礙症 |
| F03 | 失智症，伴有行為障礙 | F32 | 鬱症，單次發作 |
| F06 | 已知生理狀況引起的其他精神疾病 | F33 | 鬱症，復發 |
| F07 | 已知生理狀況引起的人格與行為障礙症 | F34 | 循環型情感疾患 |
| F09 | 已知生理狀況引起的非特定精神疾病 | F39 | 未特指的情感障礙 |
| F10 | 酒精相關障礙症 | F41 | 其他焦慮障礙 |
| F15 | 其他興奮劑相關障礙症 | F42 | 強迫性障礙 |
| F20 | 思覺失調症 | F43 | 嚴重應激反應及適應障礙 |
| F22 | 妄想症 | F60 | 特定的人格障礙症 |
| F23 | 短暫精神病症 | F70 | 智力發育障礙 |
| F25 | 情感思覺失調症 | F84 | 廣泛性發展障礙症 |
| F28 | 其他非物質或生理狀況所致之精神疾患 | F90 | 多動性障礙 |
| F29 | 非物質或生理狀況所致之精神病 |  |  |