

114 年度屏東縣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		

