

特定機關機構或場所精神疾病病人轉介轉銜通知書

114年9月4日衛部心字

第1141761806號函訂定

傳真：(00)00000000 電子郵件：Abc123@gov. tw		聯絡電話：(00)00000000 聯絡人：○○○衛生局	
姓名		國民身分證 統一編號	
出生日期	○○○年○○月○○日	性別	☐ 男 ☐ 女
連絡電話	市話： 手機號碼：		
離開後之 住(居)所、 戶籍地址	請依下列順位通知該地方政府主管機關： ☐ 住(居)所地：_____ ☐ 戶籍地：_____ ☐ 其他：_____ (若填寫其他者 則通知特定機關/機構/場所所在地之地方主管機關)		
入機關/機 構/場所 原因	☐ 刑罰 ☐ 監護處分 ☐ 收容安置 ☐ 其他：_____	入住日期	
		(預定)離開日期	
離開機關/ 機構/場所 原因	☐ 假釋 ☐ 服刑期滿 ☐ 監護處分執行完畢 ☐ 監護處分方式變更 ☐ 其他：_____		
家庭狀況	婚姻狀況	☐ 單身 ☐ 已婚 ☐ 喪偶 ☐ 再婚 ☐ 離婚 ☐ 同居 ☐ 分居	
	未來共居家屬	☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶 ☐ 同居人 ☐ 子女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 獨居 ☐ 其他：_____	
	主要聯絡人	姓名： 關係： 電話： 地址： ☐ 無	
	次要聯絡人	姓名： 關係： 電話： 地址： ☐ 無	
	家庭支持度	☐ 不理睬 ☐ 冷淡 ☐ 尚可 ☐ 關懷支持 ☐ 失聯	
教育程度	☐ 學歷不詳 ☐ 不識字 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中 ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 碩士 ☐ 博士 ☐ 其他：_____		
身心障礙 證明	☐ 無 ☐ 有：_____類別、_____等級 有效期限： 重新鑑定日期：		
精神疾病 診斷	醫師診斷評估	(最新精神疾病臨床診斷碼—診斷日期： 年／ 月／ 日)	
	專科醫師姓名		
	專科證書字號	精專醫字第 號	
	經專科醫師評估有無 持續治療需求之情形	☐ 有持續治療需求 ☐ 無持續治療需求	

精神症狀 及 主要問題	1. 精神症狀： ☐ 幻聽 ☐ 妄想 ☐ 近一週持續憂鬱 ☐ 躁狂 ☐ 其他_____ 2. 處方用藥情形： ☐ 無 ☐ 有(請說明藥物名稱及劑量)_____ 3. 近1年內有無環境(設施、設備)干擾/破壞： ☐ 無 ☐ 有 4. 近1年內有無自傷、傷人行為或傷害之虞： ☐ 無 ☐ 傷人 ☐ 傷人之虞 ☐ 自傷 ☐ 自傷之虞 5. 目前門診及就醫狀況： ☐ 病情穩定，無就醫 ☐ 規則門診，規則服藥 ☐ 不規則門診，但可規則服藥 ☐ 規則門診，不規則服藥 ☐ 不規則門診，不規則服藥，或拒絕服藥 ☐ 規則門診，無處方藥物 6. 其他(請描述) _____		
轉介轉銜 通知目的	☐ 轉介醫療機構 ☐ 建立病識感 ☐ 輔導規則就醫及服藥 ☐ 提供精神疾病及藥物衛教 ☐ 提供社區關懷追蹤 ☐ 其他：_____		
通知機關/機 構/場所	(機關/機構/場所 全銜)		
通知人員	姓名：	聯繫方式	電話：
	職稱：		傳真：
通知日期	年 月 日		
備註說明	一、 本通知書係依「精神衛生法」第47條、「特定機關機構或場所精神疾病病人轉介轉銜及處置辦法」規定，於病人離開前曾有精神疾病就醫紀錄且經專科醫師診斷有持續治療需求者，應轉介轉銜其將來住(居)所、戶籍地或機關所在地地方主管機關，提供追蹤關懷、個案服務、社區治療或社區支持等整合性服務。 二、 精神疾病診斷，以經精神科專科醫師於需治療病人預定離開之日 <u>前三個月內</u> 診斷為憑。 三、 本通知書應妥為保存，不得外洩，以確保個案之隱私權益。		