

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：白叔幼
聯絡電話：087320415#3635
傳真：08-7322450
電子信箱：a252166@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣立萬丹國民中學

發文日期：中華民國114年1月24日

發文字號：屏府教學字第1145017080號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (376530000A114501708000-1.pdf、376530000A114501708000-2.pdf、
376530000A114501708000-3.pdf)

主旨：檢送114年度「屏東縣疑似或社區精神病人照護優化計畫」相關流程及轉介單一份，請學校依循辦理，請查照。

說明：

- 一、依據本府衛生局114年1月23日屏衛心字第1148001671號函辦理。
- 二、符合旨揭計畫規定之相關條件請予以轉介，俾利提供相關精神醫療服務。
- 三、請配合轉介事項如下：
 - (一)疑似個案請網絡單位填寫「疑似精神病人個案轉介及回覆單」、「(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表」。
 - (二)衛生所高風險精神疾病個案，請填寫「社區高風險精神病人衛生局/所轉介單」。
 - (三)轉介單位人員請務必依轉介流程偕同訪視。
 - (四)相關表單可至「衛生局網站/業務資訊/心理衛生與毒品



防制/社會安全網」自行下載，(網址：https://www.ptshb.gov.tw/News_Content.aspx?n=2A3A2B24D773B9A0&sms=A5CCAE60A6E6CF2B&s=CA3D347D24B3487B)。

正本：各高國中、各國小

副本：本府教育處學生事務科



裝

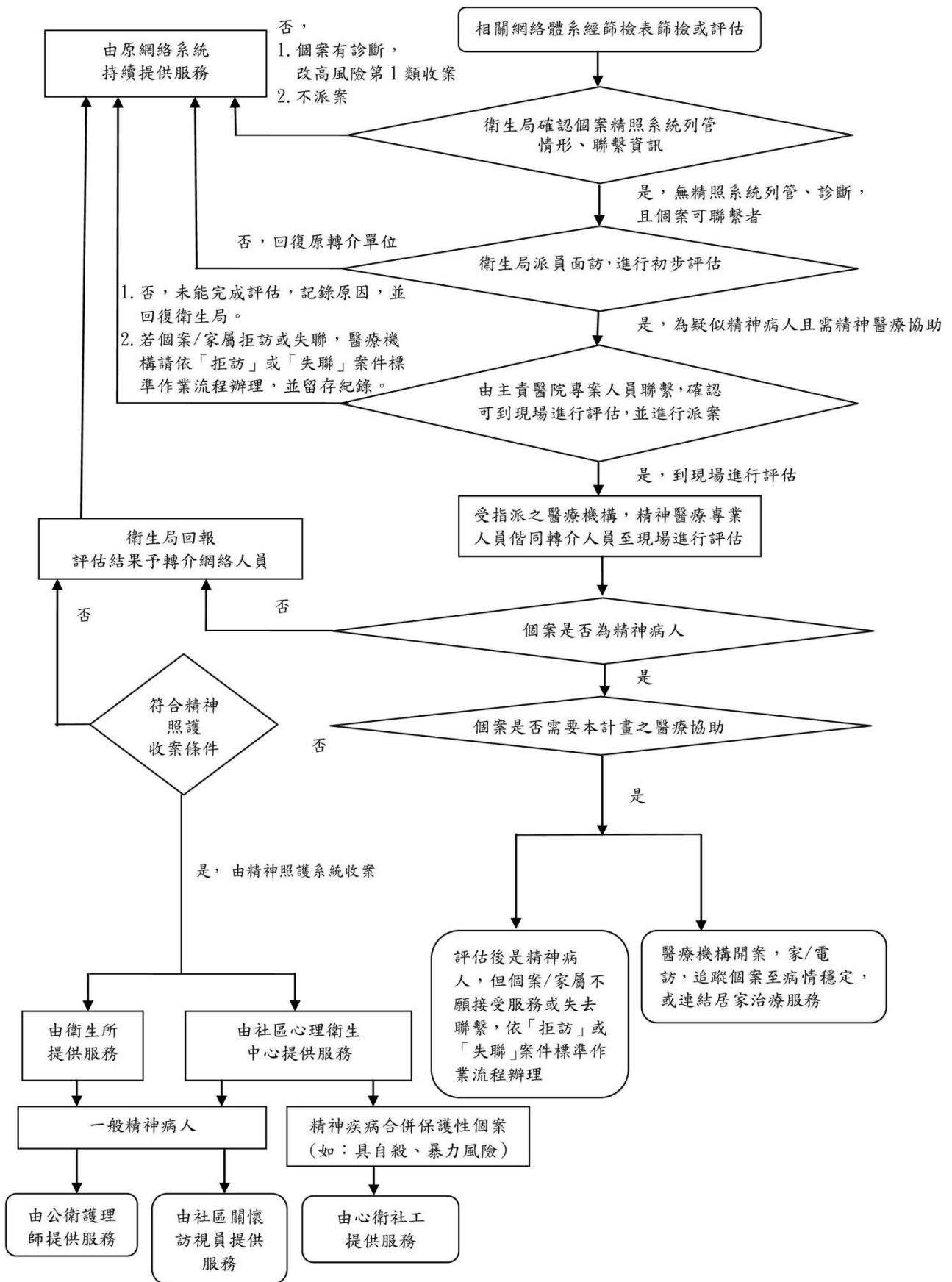
訂

線



附件 1

各網絡人員轉介之疑似精神病人處理參考機制



114 年度屏東縣疑似精神病人個案轉介及回覆單/第 4 類轉介單 *為必填

請傳真至 (08)7799980 pth809@mail.ptshb.gov.tw		聯絡電話： (08)7799979 聯絡人： 內埔區社區心衛中心 張琇婷 督導		轉介注意事項： 1. 請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2. 必須配合醫療機構共訪機制，且個案/家屬可聯繫。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」。	
*身分證字號		*姓名			
*連絡電話		*訪視地址			
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲		
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳				
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳				
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 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： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 否 可協助訪視事宜者，關係：太太/兒子/鄰里長/社工				
*主要問題內容	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險(<input type="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧 (請描述)：_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他 (請描述)：_____				
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果：_____ <input type="radio"/> 無				

第 4 類個案轉介機構/單位

*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系【 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="radio"/> [社政]社福體系(<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心(<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政、消防體系 <input type="radio"/> 社區民政體系(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="radio"/> 其他：_____
*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____

*個案概況描述	最近一次家訪日期：__年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 〔轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視〕			
備註				
*轉介單位	<input type="radio"/> 可配合共訪 <input type="radio"/> 無法配合共訪		電子信箱	
*電話	電話：	分機	傳真	
*轉介日期		*轉介人核章		*主管核章

114 年度屏東縣疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單

*衛生局家訪紀錄	訪視日期：			
*衛生局家訪人員核章		*單位主管核章		
<input type="radio"/> 轉介醫療機構，由_____提供評估服務 <input type="radio"/> 個案有診斷，改為高風險第 1 類收案，由_____提供服務 <input type="radio"/> 為衛生局服務個案，由 <input type="checkbox"/> 公共衛生護理師 <input type="checkbox"/> 社區關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 心衛社工 <input type="checkbox"/> 自殺防治關懷員關懷中。請聯繫_____，電話：_____分機_____。 <input type="radio"/> 暫不轉介： <input type="radio"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="radio"/> 個案主要需求非衛生機關服務項目，不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____				
〔註：已住院/門診/居家治療、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介〕				
衛生局派案日期	114 年__月__日	評估人員		單位主管

114 年度屏東縣疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單

已於__年__月__日，進行聯繫		<input type="radio"/> 已__年__月__日前往，但無法成功接觸個案 <input type="radio"/> 羈押中 <input type="radio"/> 生理疾病住院 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____		
<input type="radio"/> 住院，入住_____醫院 <input type="radio"/> 門診/居家治療 <input type="radio"/> 失聯(已依失聯 SOP 處理) <input type="radio"/> 搬遷 <input type="radio"/> 拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理)		其他補充事項：		
*醫院回覆日期	114 年 月 日	*經辦人員核章		*單位主管核章
*衛生局回覆日期	114 年 月 日	*衛生局人員核章		*衛生局主管人員核章

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 是 否
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？

(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

-
3. **以前**他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 是 否 (是請續填以下各項)

- a. 他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？

他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例子) _____

- b. 他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例子) _____

- c. 你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

-
- d. 你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，

甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)

-
- e. 你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)

5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 是 否

6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 是 否

他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 是 否

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
 - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 否
 2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

-
3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

f. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 否 (是請續填以下各項)
你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？
(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：你知道是那些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)

g. 你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例子)_____

h. 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

i. 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：
你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？你聽到聲音在彼此講話嗎？
這些聲音會不會叫你去做事？叫你去傷害別人或傷害自己？
你以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？_____
你如果不照做會發生甚麼事？

j. 你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)_____

-
4. (轉介人自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？

-
5. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否 _____

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	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 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： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 第 1 類:非追蹤關懷及護送就醫病人	備註： <input type="radio"/> Call Center 專線	備註： <input type="radio"/> 網絡轉介者
	<input type="radio"/> 第 2 類:衛生局追蹤保護中之困難精神病個案	<input type="radio"/> 一級 <input type="radio"/> 二級 <input type="radio"/> 三級 <input type="radio"/> 四級 <input type="radio"/> 五級 <input type="radio"/> 銷案中	
	<input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> 暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 干擾破壞 <input type="checkbox"/> 自殺自傷 <input type="checkbox"/> 精神病症狀干擾 <input type="checkbox"/> 不願就醫 <input type="checkbox"/> 退化無法自我照顧 <input type="checkbox"/> 藥物遵從性不佳 <input type="checkbox"/> 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： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 2. 社區生活功能障礙： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 3. 家屬對患者照顧之態度： <input type="radio"/> 積極 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 置之不理 <input type="radio"/> 失聯 4. 心理問題： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 5. 醫療上的問題： <input type="radio"/> 無服藥 <input type="radio"/> 無回診 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 開案，轉介機構_____ <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 開案 <input type="radio"/> 無法開案，理由： <input type="radio"/> 因個案電話或地址錯誤無法聯繫 <input type="radio"/> 個案或家屬強烈拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理) <input type="radio"/> 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		

