

彰化縣社區心理衛生中心轉介單

個案資料	姓名	身分證字號	出生年月日
	教育程度	職業	
	戶籍地址		
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地	
	聯絡電話	(宅) (手機) (公)	
	身份別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 近貧戶 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(障別 /程度) <input type="checkbox"/> 重大傷病卡(疾病名稱)	
	家暴案件通報 (無則免填)	轉介個案為家暴案件： <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="checkbox"/> 相對人，是否為高危機個案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否為重大家暴案件或新聞案件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	主要聯絡人	姓名： 聯絡地址：	與個案關係： 電話：
	家庭背景與個案狀況 (疑似精神病人請描述異常之處)		
	轉介目的	<input type="checkbox"/> 查詢是否為衛生局追蹤關懷個案(精神疾病/自殺) <input type="checkbox"/> 勸導個案至精神醫療機構就醫 <input type="checkbox"/> 評估是否需護送就醫 <input type="checkbox"/> 轉介定點心理諮商 <input type="checkbox"/> 提供衛教及相關醫療或復健資源 其他：_____ 注意事項：_____	
通報單位處置	通報單位已提供的資源及介入單位？1_____ 2_____ 3_____		
	通報單位轉介後是否繼續服務個案？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因 _____		
通報人	通報機構	通報人員	
	單位名稱	轉介日期	年 月 日
	職 稱	電 話	傳 真

衛生局接獲您的轉介單後，將儘速與您聯絡(自殺個案通報請使用自殺通報單)

回覆單	接案人	電話	回覆日期
	處理情形	個案是否為本局追蹤關懷個案： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 自殺通報)	