

※請傳至彰化縣社區心理衛生中心

電話：04-7127839

傳真：04-7124557

值班手機：0919-685699

彰化縣高風險精神疾病個案轉介單

個案資料	姓名		身分證字號		出生年月日	
	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"/> 身心障礙手冊(障別_____/程度_____) <input type="checkbox"/> 重大傷病卡(疾病名稱_____)				
	主要聯絡人	姓名：		與個案關係：		電話：
	個案診斷					
	入院原因(住院)					
轉介原因(醫師判定要通報的原因)	<input type="checkbox"/> 不符嚴重病人資格，無法進入強制住院標準，但出院仍有自傷、傷人之虞。 <input type="checkbox"/> 個案出院後會中斷治療。 <input type="checkbox"/> 支持系統差 <input type="checkbox"/> 自殺高風險 <input type="checkbox"/> 其他					
醫師建議後續處置						
通報人	通報機構			主責人員姓名		
	單位名稱			轉介日期	年	月 日
	電話			傳真		

請先電話通報後再傳真，若為出院準備之個案請於通報後2個工作日內至系統登錄

回覆單	接案人		電話		回覆日期	
	處理情形					