

臺北市衛生局社區心理衛生中心個案轉介單

1051202修正

轉介日期： 年 月 日

轉介單位		主要聯絡方式		<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> E-mail	
轉介者		職稱	聯絡電話		
E-mail		傳真			
個案分類	<input type="checkbox"/> 特殊族群個案 (有其中一項以上為符合)		<input type="checkbox"/> 特殊境遇個案 (有其中一項以上為符合)		<input type="checkbox"/> 精神官能症防治 (有其中二項以上為符合)
	<input type="checkbox"/> 校園高關懷個案 (有其中二項以上為符合)				
<input type="checkbox"/> 單親、新移民、原住民、銀髮族或接受觀護等個案出現憂鬱情緒持續兩週以上者 <input type="checkbox"/> 單親、新移民、原住民、銀髮族或接受觀護等個案出現身心狀態呈現功能困擾，並影響到日常生活作息、能力表現與關係維持達3個月以上者 <input type="checkbox"/> 上述特殊族群之家屬，而有上述情形之一者 <input type="checkbox"/> 因性別相關議題影響，而處於高壓力狀況，且已對個人功能（如：生活作息、能力表現與關係維持等）產生負面影響者		<input type="checkbox"/> 最近6個月內個人面臨重大生活事件（例如：喪親/偶、離異、流產、家暴、性侵、受人口販賣等） <input type="checkbox"/> 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能（如：生活作息、能力表現與關係維持等）產生負面影響者 <input type="checkbox"/> 經安心服務出勤後，評估須進一步提供心理諮商協助者。		<input type="checkbox"/> 最近6個月內曾被診斷過有精神官能症，並經精神科醫師評估轉介者 <input type="checkbox"/> 或出現以下症狀持續兩週以上 <input type="checkbox"/> 莫名的焦慮緊張 <input type="checkbox"/> 不尋常的害怕情緒 <input type="checkbox"/> 心情低落鬱悶或易怒 <input type="checkbox"/> 感覺浮躁、不耐煩、無法專心或心中一片空白 <input type="checkbox"/> 不可抗拒的思考與行為 <input type="checkbox"/> 飲食或睡眠失調 <input type="checkbox"/> 無用感、無價值感等負面思想 <input type="checkbox"/> 坐立不安或過少活動	
<input type="checkbox"/> 最近6個月內遭遇校園霸凌事件 <input type="checkbox"/> 最近6個月內面臨重大生活事件（例如：喪親、父母離異、兒虐等） <input type="checkbox"/> 持續1個月有人際、適應問題，並已影響就學者 <input type="checkbox"/> 中輟、休學或無故未到校達一週以上 <input type="checkbox"/> 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能（如：生活作息、能力表現與關係維持等）產生負面影響者					
個案姓名		身分證字號	教育程度		<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士以上
性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	健保 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身分別 <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍人士	婚姻 <input type="checkbox"/> 單身/未婚 <input type="checkbox"/> 已婚/同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶
服務單位		職稱	語言	生日	年 月 日
聯絡電話(O)		聯絡電話(H)		手機	
聯絡地址		□□□ □□ 縣市 鄉鎮區 里村 路街 段 巷 鄰 弄 號 樓之			
緊急聯絡人		緊急聯絡人電話		關係	
個案概況 (主訴問題)		<input type="checkbox"/> 主要壓力源/事件：_____ <input type="checkbox"/> 兩性問題 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 親子問題 <input type="checkbox"/> 無薪假 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 受暴 <input type="checkbox"/> 經濟問題 <input type="checkbox"/> 拒學 <input type="checkbox"/> 其他_____			
目前資源運用情形		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類型：○社會福利 ○法律諮詢 ○醫療衛生 ○教育 ○勞政 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
個人病史		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾經看過精神科，診斷或問題：_____ <input type="checkbox"/> 其他身心困擾：_____			

簡略身心狀況評估	<input type="checkbox"/> BSRS 計分：_____分(如附件1) ※若有出現以下狀況請圈選 1. 有嚴重睡眠困擾 2. 食慾明顯變差 3. 經常容易疲倦 4. 有明顯的焦慮不安與害怕 5. 生氣易怒 6. 情緒明顯低落 7. 常處於極度惶恐與警覺狀態 8. 有自殺/自傷意念者 9. 常感無助感、孤獨感 10. 創傷經驗不斷地再現 11. 強迫性的思考重複出現 12. 明顯人際關係衝突 13. 明顯壓力源導致就學、就業、生活功能下降 14. 其它行為困擾導致就學、就業、生活適應失調 15. 其它(請列舉)_____ <input type="checkbox"/> 以上現象，持續多久：_____天									
轉介者評估意見或建議										
無法接受服務時間		週一	週二	週三	週四	週五				
	上午									
	下午									
	夜間									
虛線以下由社區心理衛生中心填寫，轉介單位請勿填寫										
基本評估	<input type="checkbox"/> 簡式健康量表 (有其中一項以上為符合)		<input type="checkbox"/> 社會支持、經濟狀況評估 (有其中一項以上為符合)		<input type="checkbox"/> 轉介 (有其中一項以上為符合)					
	<input type="checkbox"/> 總分大於 9 分 <input type="checkbox"/> 第 6 題大於等於 1 分		<input type="checkbox"/> 無社會支持或支持系統薄弱 <input type="checkbox"/> 低收入或近貧 <input type="checkbox"/> 無業、遭裁員或休無薪假 <input type="checkbox"/> 親屬遭裁員或休無薪假		<input type="checkbox"/> 經社區心理諮商門診轉介 <input type="checkbox"/> 經四區委辦機構轉介 <input type="checkbox"/> 經憂鬱症照護網認證機構轉介 <input type="checkbox"/> 經聯合醫院轉介 <input type="checkbox"/> 經其他機構轉介					
類型評估	<input type="checkbox"/> 特殊族群個案		<input type="checkbox"/> 特殊境遇個案		<input type="checkbox"/> 精神官能症防治					
轉介評估	<input type="checkbox"/> 優先轉介各區委辦機構		<input type="checkbox"/> 優先轉介醫療機構		<input type="checkbox"/> 轉介或通報相關局處	<input type="checkbox"/> 本中心優先服務				
	<input type="checkbox"/> 本局校園心情照護普測活動轉介個案 <input type="checkbox"/> 老人憂鬱篩檢轉介個案 <input type="checkbox"/> 照顧者議題 <input type="checkbox"/> 悲傷輔導議題 <input type="checkbox"/> 中高年心理危機(如更年期、空巢期等) <input type="checkbox"/> 職場相關問題		<input type="checkbox"/> 急性期精神病人 <input type="checkbox"/> 慢性化精神病人 <input type="checkbox"/> 有強烈自殺傾向者或有立即性危險 <input type="checkbox"/> 多重問題困擾需長期心理治療 <input type="checkbox"/> 因身體狀況影響無法接受心理諮商服務者 <input type="checkbox"/> 人格疾患需長期心理治療者 <input type="checkbox"/> 其他原因影響無法接受心理諮商服務者		<input type="checkbox"/> 已出現自殺行為者或有強烈自殺傾向者或有立即性危險 (轉介自殺防治中心) <input type="checkbox"/> 家庭成員間有身體或精神上不法侵害之行為者 (轉介家暴中心) <input type="checkbox"/> 因家庭成員關係紊亂、家庭衝突、疾病、貧困或失業等因素，以致影響兒少照顧及身心正常發展 (轉介社會局通報為高風險家庭) <input type="checkbox"/> 轉介其他單位		<input type="checkbox"/> 發生重大生活事件者(如親友/寵物逝世、雙親離異、喪偶等) <input type="checkbox"/> 緊急災害之受創者及影響者 <input type="checkbox"/> 意外事件之受創者及影響者 <input type="checkbox"/> 校園高關懷個案 <input type="checkbox"/> 精神官能症患者 <input type="checkbox"/> 性別議題個案 <input type="checkbox"/> 新移民原住民個案 <input type="checkbox"/> 需通譯員協助者			
個案管理員評估結果	<input type="checkbox"/> 不開案 <input type="checkbox"/> 開案 <input type="checkbox"/> 有疑義待核示 <input type="checkbox"/> 轉介或通報相關局處_____									
核示意見	說明：_____									
	主管：_____									

*註:請於 3 日內填妥後交予個管員。

表 2

簡式健康表(BSRS-5)

姓 名：_____ 性 別：_____

教育程度：_____ 聯絡電話：_____

出生日期：_____年_____月_____日 填表日期：_____年_____月_____日

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完沒 全有	輕 微	中程 等度	屬 害	非屬 常害
1. 睡眠困難,譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6. 有自殺的想法	0	1	2	3	4

總 分：_____ (第 1-5 題數字加總)

表 3

臺北市政府衛生局高關懷個案服務開案標準

105.12.02

		特殊族群個案	特殊境遇個案	精神官能症防治	校園高關懷個案
開案標準	一般性標準	1. 目前有迫切的心理衛生服務需求，而個人之內、外在支持系統薄弱或現有之社會資源網絡不足者，其身心狀況未達到住院醫療程度，且無同時使用其他個別心理諮商（輔導）或心理治療服務。 2. 有接受服務之意願、同意並能配合服務相關事項者，且經評估後，個案之需求為本中心可提供後續服務者（若經評估後，個案需求非本中心所能提供服務，則轉介其他資源）。 3. 個人病史中如遇有精神官能症、精神病或腦部心智功能不全等診斷，依據心理師法規定必須有醫師開具之診斷及照會或醫囑，並註明轉介或建議提供心理諮商服務（若有隱匿未告知，或無法取得醫囑相關資料，則本中心得拒絕受案）。			
	各類高關懷個案個別性標準	個案需符合特殊族群之標準（至少符合下列任一項） 1. 單親、新移民、原住民、銀髮族或接受觀護等個案出現憂鬱情緒持續兩週以上者。 2. 單親、新移民、原住民、銀髮族或接受觀護等個案出現身心狀態呈現功能困擾，並影響到日常生活作息、能力表現與關係維持達3個月以上者。 3. 單親、新移民、原住民、銀髮族或接受觀護等個案之家屬，而有上述情形之一者。 4. 因性別相關議題影響，而處於高壓力狀況，且已對個人功能（如：生活作息、能力表現與關係維持等）產生負面影響者。	個案需符合特殊境遇之標準（至少符合下列任一項） 1. 最近6個月內個人面臨重大生活事件（例如：喪親/偶、離異、流產、家暴、性侵、受人口販賣等）。 2. 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能（如：生活作息、能力表現與關係維持等）產生負面影響者（BSRS 量表得分大於或等於10分）。 3. 經安心服務出勤後，評估須進一步提供心理諮商協助者。	個案需符合精神官能症高關懷群之標準（至少符合下列任一項） 1. 最近6個月內曾被診斷過有精神官能症，並經精神科醫師評估轉介者 ※或出現以下症狀持續兩週以上 1. 莫名的焦慮緊張 2. 不尋常的害怕情緒 3. 心情低落鬱悶或易怒 4. 感覺浮躁、不耐煩、無法專心或心中一片空白 5. 不可抗拒的思考與行為 6. 飲食或睡眠失調 7. 無用感、無價值感等負面思想 8. 坐立不安或過少活動	個案需符合校園高關懷個案之標準（至少符合下列任二項） 1. 最近6個月內遭遇校園霸凌事件 2. 最近6個月內面臨重大生活事件（例如：喪親、父母離異、兒虐等） 3. 持續1個月有人際、適應問題，並已影響就學者 4. 中輟、休學或無故未到校達一週以上 5. 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能（如：生活作息、能力表現與關係維持等）產生負面影響者
初評工具		BSRS 量表【<6分：一般正常範圍；6-9分：輕度；10-14分：中度；15分以上：重度】 量表1至5題總分達10分(含)以上或第6題1分(含)以上者為高關懷群			