精神病病人社區居住方案個案轉介及評估量表 *為必填

*身分證字號		*姓名	
*出生年月日		*聯絡電話	
*戶籍所在地			
*現居住地址	□同戶籍地址		
身份別	□01.低收入戶__款 □02.中低收 □03.特殊境遇家庭 □04育有未成年子女3名以上 □05.新住民/國籍:_____ □06.身障別/程度:_____ □07.感染人類免疫缺乏病毒者或罹患後天免疫缺乏症候群者 □08.原住民 □09.其他：_____		
*個案來源	1.□社區心衛中心(區) 2.□衛生局所 3. □身障個管中心(區) 4.□社會福利服務中心 5.□醫療院所 6.□醫事機構 7.□自行尋求服務(□本人/□家屬) 8.□其他：		
*個案綜合評估說明及轉介單位（可簡易描述轉介需求及期待）	轉介單位: □專案社工 □社工師 □臨床心理師 □職能治療師 □護理師		
*主要需求內容（可複選）	□社區居住環境(如：清潔、安全、舒適) □租屋諮詢服務 □租屋補助 □生活補助費 □社區居住支持 □資源連結 □社區居住關懷訪視(入家、電訪) □社區自立支持□其他(請描述)：_____		
病情症狀評估	情緒：□無異狀 □低落 □高昂 □緊張焦慮 □表情冷漠 □不適切 思考：□無異狀 □思考不連貫 □答非所問 □語無倫次 □其他_____ □妄想(□被害 □關係 □誇大 □妒忌 □怪異 □宗教 □其他_____) □意念(□殺人 □自殺 □其他_____) 知覺：□無異狀 □幻聽 □幻視 □嗅幻覺 □觸幻覺 □體幻覺 □其他_____ 睡眠：□無異狀 □失眠 □嗜睡 □睡眠片斷 □其他_____ 行為：□無異狀 □自言自語 □退縮寡言 □四處遊蕩 □怪異行為 □攻擊行為 □破壞行為 □自傷行為 □活動量低 □活動量高 □坐立不安 □激動不安 □強迫行為 □整日躺床 □傻笑 □其他_____ 態度：□無異狀 □多疑 □防備 □敵視 □其他_____ 物質濫用：○無 ○有(□酒精 □安眠藥 □海洛英 □安非他命 □其他_____)		

*轉介單位	*轉介日期	*轉介人員核章	精神科醫師核章

回覆轉介結果

處理情形:

☐ 開案處理

☐ 轉介其他單位，受理轉介單位：

☐ 不開案，原因： ☐拒絕服務 ☐失聯 ☐其他_____

受轉介單位： 承辦人： 聯絡電話：

年 月 日