高雄市政府衛生局「精神病人自立生活支持方案」轉介單

一、基本資料：

申請人姓名		性別	□男　□女
聯絡電話		出生年月	
身分	□低收 □中低收 □一般身分 □直系血親無力照顧	精照等級	□1 級 □2 級 □3 級 □4 級 □5 級
是否有心衛社工	□有　□無	最近出院日期	
曾有強制住院	□有　□無	曾有強制社區治療	□有　□無

二、轉銜/介資料：(轉銜/介日期：　　年　月　日)

資料來源	□1.高雄市政府衛生局　□2.案(主)家提出申請 □3.社政單位轉介　□4.社福機構轉介 □5.醫療單位轉介　□6.學校轉介 □7.其他：		
轉銜/介單位		轉銜/介人員	

三、服務評估資料：(填寫日期：　　年　月　日)

開案指標		
01	年齡 20 歲以上，60 歲以下	□符合　□不符合
02	精神狀態穩定，無自傷傷人之虞。	□符合　□不符合
03	最近半年無自傷傷人疑慮者	□符合　□不符合
04	經評估具自立需求與動機者	□符合　□不符合
05	日常生活能自理、有復健動機、能力，能遵守計劃案契約約定。	□符合　□不符合
評估說明及結果（本欄由本計畫人員填寫）		
□開案　□不開案　□轉介相關資源　□其他：		
是否為中低收入戶		
□低收入戶　□中低收入戶　□一般戶		