社團法人高雄市心理復健協會

自立生活支持服務轉介表

一、基本資料：

申請人姓名		性別	□男 □女
聯絡電話		年紀	
疾病別		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	
轉銜/介 目的與需求	目的 需求

三、服務評估資料：(填寫日期： 年 月 日)

服務對象：須 01~05 符合		
指 標 操 作 說 明		符合打√
01	年齡 20 歲以上，60 歲以下	□符合 □不符合
02	穩定接受精神科門診 3 個月	□符合 □不符合
03	最近半年無自傷傷人疑慮者	□符合 □不符合
04	身體健康無罹患傳染病酗酒或藥物濫用	□符合 □不符合
05	日常生活能自理、有復健動機、能力，能遵守生活公約	□符合 □不符合
06	經評估具自立需求與動機者	填寫我想要改變的事
加分指標		
指 標 操 作 說 明		符合打√
01	低收入戶、中低收入戶或直系血親無力照顧者優先	□符合 □不符合
02	最近三個月面試經驗：日期 公司名稱	□符合 □不符合
03	最近一個月有使用日間資源：日期 單位名稱	□符合 □不符合

我想要改變的事(本項一定要填)		
目標	支持方式	頻率
支持需求目標	支持內容規劃極須注意事項	可以照實際期程進行調整

評估說明及結果（本欄由本計畫人員填寫）
□開案，自立生活擬定 □開案，提供課程/活動 □開案，提供資源連結或轉銜就業之服務： □不開案，提供轉介資源