

高雄市政府自殺高風險個案轉介單

說明：緊急案件，請直接撥打110、119報案，由警政機關啟動緊急救援機制，以掌握救援的時效性。

一、轉介個案需同時符合下列標準：

簡式健康量表 (BSRS) 總分達15分以上。(請先檢視本表第26項測量結果)

簡式健康量表 (BSRS) 自殺想法檢測結果達2分以上。(請先檢視本表第26項測量結果)

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

***本轉介對象屬自殺意念** (個案有結束生命的想法，但未有計畫與行動)
****自殺企圖** (已有行為或準備相關物品)與**自殺死亡**請至自殺防治通報系統註冊後通報
<https://sps.mohw.gov.tw> (右側二維碼)，有通報疑問再來電洽詢07-7134000*5913。



基本資料：

- | | |
|---|--|
| 1、*個案姓名： | 2、*身分證統一編號(或居留證號碼)： |
| 3、*性別： | 4、是否為原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5、*電話(日/夜)： | 6、 |
| 7、手機： | 8、*年齡： (出生： 年 月 日) |
| 9、婚姻狀況： | 10、教育程度： |
| 11、就業情況： <input type="checkbox"/> 有，目前從事_____ <input type="checkbox"/> 無，失業多久 | |
| 12、戶籍住址：_____市_____區_____里 | |
| 13、*居住住址：高雄市 _____ 區 _____ 里 | |
| 14、聯絡人姓名： | 15、關係： |
| 16、聯絡人電話/手機： | 17、*有無6歲以下幼童： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無： |
| 18、*意念發生日期： 年 月 日 | 19、*轉介日期： 年 月 日 |

20、*(1)預想自殺方式：(可複選，最多勾選三種)

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自縊、勒死及窒息 | <input type="checkbox"/> 自焚 | <input type="checkbox"/> 汽車廢氣 | <input type="checkbox"/> 家用瓦斯 |
| <input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑 | <input type="checkbox"/> 溺水(淹死)；跳水 | <input type="checkbox"/> 燒炭 | <input type="checkbox"/> 其他化學物品 |
| <input type="checkbox"/> 高處跳下 | <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣 | <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑 | <input type="checkbox"/> 切穿工具 |
| <input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物 | <input type="checkbox"/> 其他藥物 | <input type="checkbox"/> 割腕 | <input type="checkbox"/> 撞擊 |
| <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量 | <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑 | <input type="checkbox"/> 以其他方式： | |

(2)預想自殺地點(地址或明顯地標) 居住地 其他地址或地標(詳述)_____

21、*想自殺原因：(可複選，本題最多勾選三個)

(1)情感/人際關係

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家人間情感因素 | <input type="checkbox"/> 夫妻問題 | <input type="checkbox"/> 感情因素 | <input type="checkbox"/> 重大失落素： |
| <input type="checkbox"/> 同儕關係因素 | <input type="checkbox"/> 職場人際關係因素 | <input type="checkbox"/> 其他人際關係因 | |

(2)精神健康/物質濫用

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 憂鬱傾向 | <input type="checkbox"/> 非憂鬱傾向精神心理健康問題 | <input type="checkbox"/> 物質濫用(酒、藥) |
| <input type="checkbox"/> 過去或現在罹患憂鬱症 | <input type="checkbox"/> 非憂鬱症精神疾病： | |

(3)工作/經濟

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 非人際關係職場因素 | <input type="checkbox"/> 失業經濟因素 | <input type="checkbox"/> 債務經濟因素 | <input type="checkbox"/> 非失業及債務經濟因素 |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

(4)生理疾病

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 久病不癒 | <input type="checkbox"/> 非久病不癒疾病因素 |
|-------------------------------|------------------------------------|

(5)校園學生問題

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 非人際關係學校適應問題 | <input type="checkbox"/> 校園學生的生涯規劃因素 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

(6)兵役問題

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 兵役因素 | <input type="checkbox"/> 其他： | (8)不詳 |
| | | <input type="checkbox"/> 不詳 |

(9)不願說明或無法說明

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個案(家屬)不願說明 | <input type="checkbox"/> 個案因身體狀況無法說明 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|

22、*有無與其他人共同自殺想法： 有 (關係： _____) 無

23、*過去精神疾病史： 不詳 無 有，診斷病名： _____ 酒癮 藥(毒)癮

24、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員電話訪視、轉介服務： 是 否

25、*轉介機關(構)個案處置情形：

◎是否已開案？ 是，已提供_____服務 否

◎轉介後，是否繼續服務個案？ 是_____ 否

◎希望衛生機關對個案提供何種服務？ 轉介精神醫療服務 轉介心理輔導 收案關懷及追蹤 其他

◎檢附相關評估表供參 有_____ 無

◎是否已提供衛福部1925安心專線(24H)或相關醫療資源 有 無

26、*測量簡式健康量表(BSRS)結果：

請圈選最近一個星期(含今天)，個案對下列各項目造成困擾的嚴重程度(個案感受)

	不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張或不安	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
★有自殺的想法	0	1	2	3	4

請填寫檢測結果：1-5題總分：_____分，★自殺想法：_____分

說明：

1. 1至5題之總分：

(1) 得分0~5分：身心適應狀況良好。

(2) 得分6~9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分10~14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分>15分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2. ★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分為2分以上時，建議轉介至精神科。

27. 其他相關資訊：*請詳述自殺意念狀況及貴單位處遇情形。

轉介機關(構)：

轉介人員：

單位主管：

電話：

傳真：

(需傳真回覆時請務必填寫清楚，並註明傳真是否要切換)

轉介日期：_____年_____月_____日

需要回覆單請勾選： 否 是，衛生局於接受後5個工作天內以傳真回覆轉介機關(構)評估收案與否。

*轉介機關(構)無傳真機者可利用網路傳真。