

## 屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號  
承辦人：邱春榮  
電話：08-7320415#3632  
傳真：08-7322450  
電子信箱：a002429@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣立明正國民中學

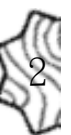
發文日期：中華民國112年7月18日  
發文字號：屏府教特字第11228812500號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (4616813\_11228812500\_1\_4616813\_11228812500\_1.pdf、  
4616813\_11228812500\_1\_4616813\_11228812500\_2.docx、  
4616813\_11228812500\_1\_4616813\_11228812500\_3.docx、  
4616813\_11228812500\_1\_4616813\_11228812500\_4.docx)

主旨：檢送「自殺意念者服務及轉銜流程」及「屏東縣疑似或社區精神病人照護優化計畫」轉介單（如附件），請貴校參考運用，請查照。

說明：

- 一、依據屏東縣政府衛生局112年7月12日屏衛心字第11232375800號函辦理。
- 二、請網絡單位依循中央規範之旨揭流程，適時予以轉介，自殺意念者由原體系提供情緒支持、強化個案社會支持網絡。
- 三、如發現社區疑似精神病人個案，請依旨揭優化計畫規定相關條件進行轉介並偕同訪視，以精進社區精神病人照護品質，轉介單請配合填寫如下：
  - (一)疑似個案請網絡單位填寫「屏東縣疑似精神病人個案轉介單」及「(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表」。



(二)衛生所高風險精神疾病個案，請填寫「社區高風險精神病人衛生局/所個案轉介單」。

正本：各高國中、各國小

副本：屏東縣學生輔導諮商中心、本府教育處特殊教育科



本案依分層負責規定授權業務主管決行

裝

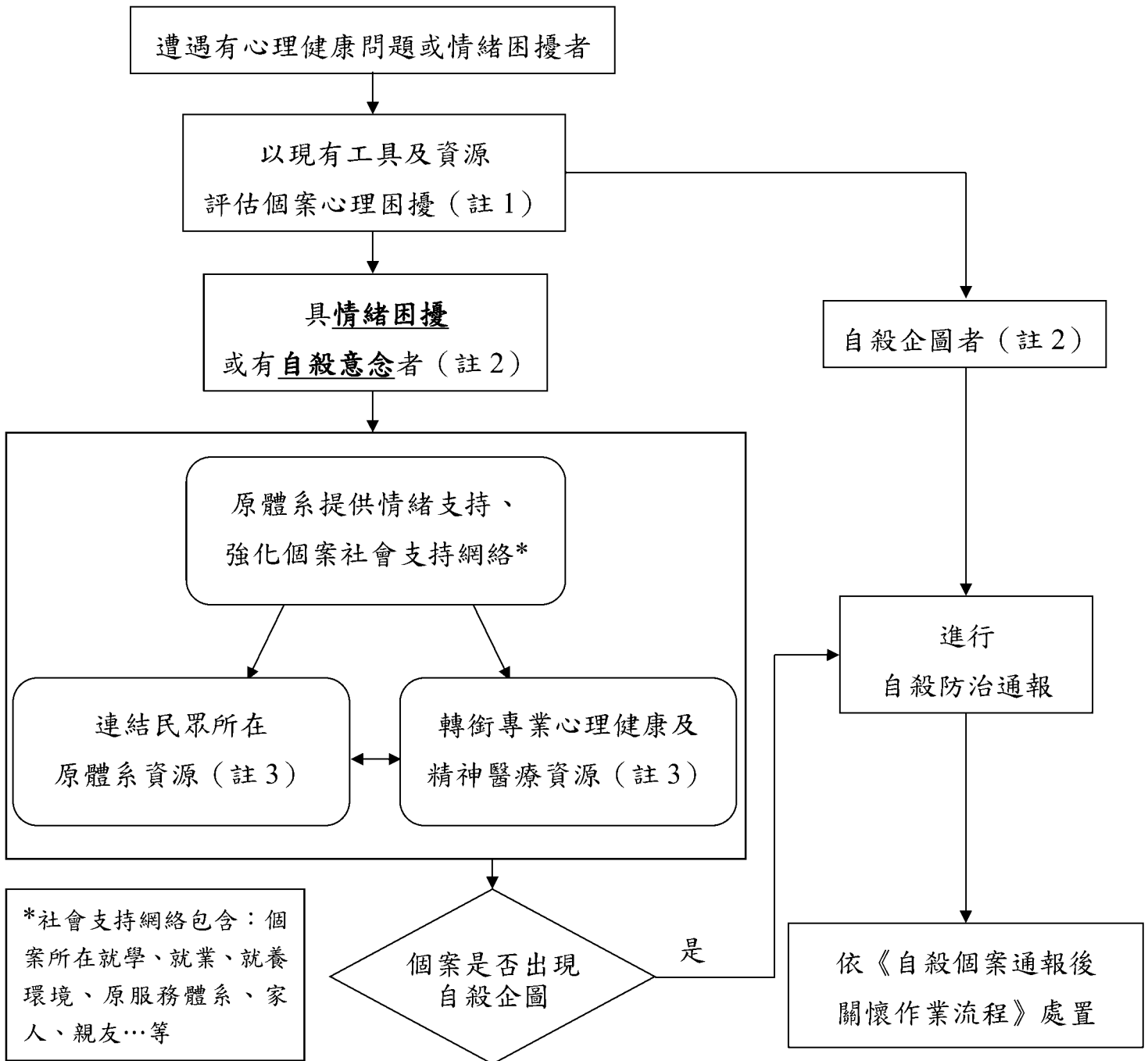
訂



線



## 貳、自殺意念者服務及轉銜流程



\*社會支持網絡包含：個案所在就學、就業、就養環境、原服務體系、家人、親友…等

註 1：評估個案心理困擾之工具，建議可使用 BSR5-5 簡式健康量表。

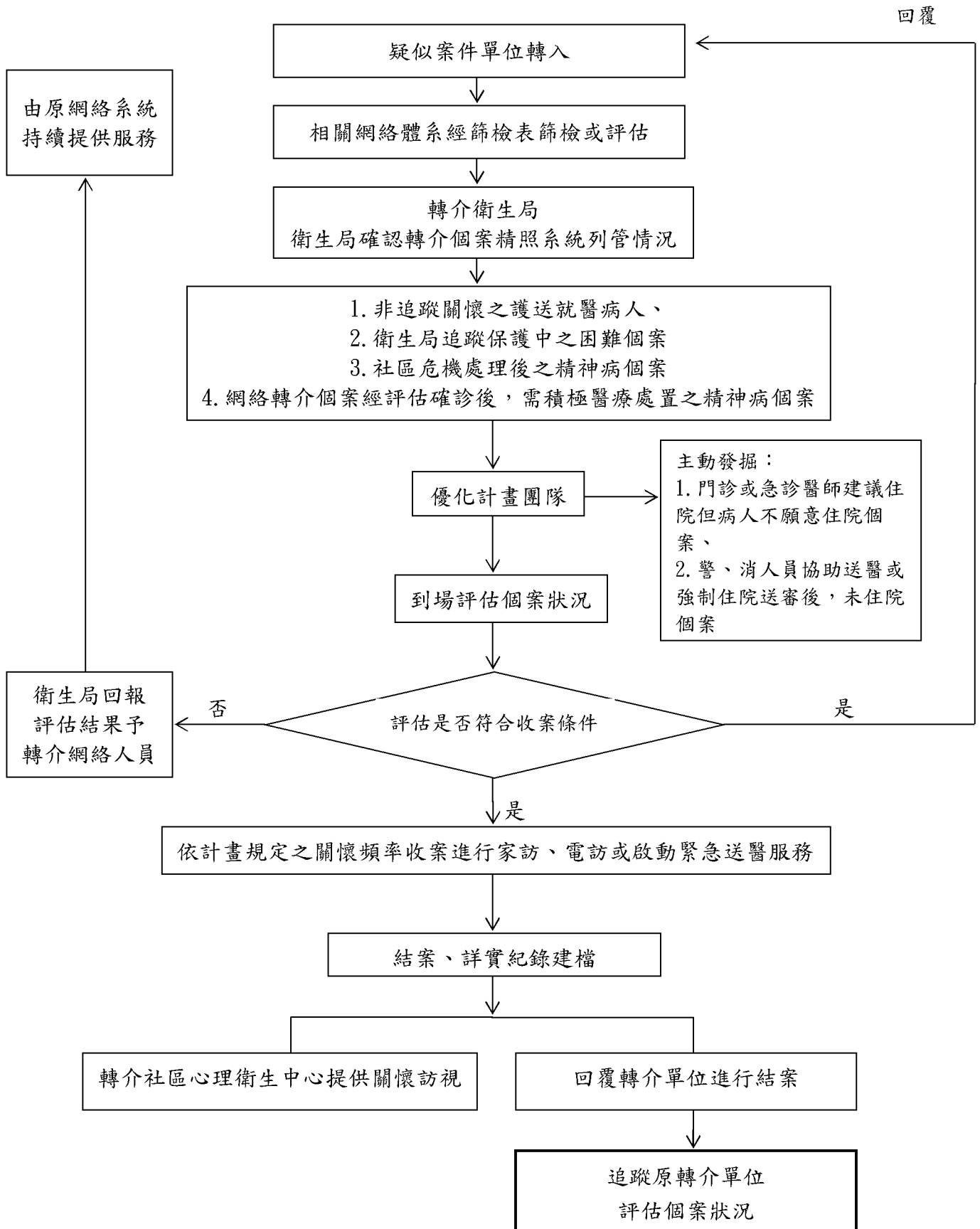
註 2：

(1) 自殺意念：個案表達有自殺或結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。

(2) 自殺企圖：個案已經有實際行動，或已表達有具體計畫(時間、地點)、準備好自殺工具，但並未自殺身亡。

註 3：相關心理健康、諮商輔導、自殺防治等相關資源盤點如「參、中央各部會及地方各縣市心理健康資源盤點表」。

# 屏東縣疑似或社區精神病人照護優化計畫 跨網絡合作處理機制



社區高風險精神病人衛生局/所轉介單

身份證字號 (必填)		姓名 (必填)	
連絡電話 (必填)		訪視地址 (必填)	
通訊地址			
性別 (必填)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	出生日期	西元_____年__月__日，__歲
婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中 <input type="radio"/> 高職 <input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上		
計畫轉介告知 (必填)	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 無法告知 *請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。		
主要照顧者 /聯絡人資料 (必填)	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有_____姓名 與個案關係： <input type="radio"/> 監護人 <input type="radio"/> 法定代理人 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 家屬 <input type="radio"/> 其他(請敘明)：_____		
收案條件 /照護級別 (必填)	非關懷個案	<input type="radio"/> 非追蹤關懷之護送就醫病人 <input type="radio"/> 網絡轉介疑似精神病人經評估確立診斷後，需積極醫療處置之精神病個案	
	關懷個案	<input type="radio"/> 衛生局追蹤保護中之困難精神病個案 <input type="radio"/> 社區危機處理後之精神病個案	精神照護級別： <input type="radio"/> 一級 <input type="radio"/> 二級 <input type="radio"/> 三級 <input type="radio"/> 四級 <input type="radio"/> 五級 <input type="radio"/> 銷案中
個案疾病診斷	診斷名稱或代碼：_____ *請參閱代碼對照表		
轉介時狀態	最後一次訪視日期：_____年__月__日 最後一次訪視評估： 1. 活性症狀干擾性： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 2. 社區生活功能障礙： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 3. 家屬對患者照顧之態度： <input type="radio"/> 積極 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 置之不理 <input type="radio"/> 失聯 4. 心理問題： <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 嚴重 <input type="radio"/> 非常嚴重 5. 醫療上的問題： <input type="radio"/> 無服藥 <input type="radio"/> 無回診 <input type="radio"/> 無病識感		
主要問題內容 (必填)	<input type="checkbox"/> 暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 干擾破壞 <input type="checkbox"/> 自殺自傷 <input type="checkbox"/> 精神病症狀干擾 <input type="checkbox"/> 不願就醫 <input type="checkbox"/> 退化無法自我照顧 <input type="checkbox"/> 藥物遵從性不佳 <input type="checkbox"/> 其他(請描述)：_____		

轉介目的 (必填)	<input type="checkbox"/> 協助個案精神狀況評估及轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 建立個案病識感 <input type="checkbox"/> 建立就醫規則及服藥 <input type="checkbox"/> 提供精神疾病及藥物衛教 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
訪視摘要					
衛生局 評估/轉介日期 (必填)	____年__月__日	評估人員 (必填)		單位主管	
		電話 (必填)			
衛生局審核(必填)					
審核結果	<input type="radio"/> 同意開案，轉介機構_____；日期：____年__月__日 <input type="radio"/> 不同意開案，理由：_____				
衛生局轉介派案 日期(必填)	____年__月__日	派案人員 (必填)		單位主管	
		電話 (必填)			
醫療機構訪視人員評估狀況(必填)					
評估結果	<input type="radio"/> 同意開案，日期：____年__月__日 <input type="radio"/> 不同意開案，理由： <input type="radio"/> 因個案電話或地址錯誤無法聯繫 <input type="radio"/> 個案或家屬強烈拒絕接受服務(已依計畫所訂拒訪 SOP 處理) <input type="radio"/> 其他補充事項：_____				
評估日期	____年__月__日	評估人員 (必填)		單位主管	
		電話 (必填)			
醫療院所通知衛生局 評估結果日期(必填)		通知人員 (必填)		單位主管	
		電話 (必填)			

ICD 10 代碼-對照表

代碼	診斷	代碼	診斷
F01	血管性失智症	F30	躁症發作
F02	歸類於他處其他疾病所致之失智症	F31	雙相情緒障礙症
F03	失智症，伴有行為障礙	F32	鬱症，單次發作
F06	已知生理狀況引起的其他精神疾病	F33	鬱症，復發
F07	已知生理狀況引起的人格與行為障礙症	F34	循環型情感疾患
F09	已知生理狀況引起的非特定精神疾病	F39	未特指的情感障礙
F10	酒精相關障礙症	F41	其他焦慮障礙
F15	其他興奮劑相關障礙症	F42	強迫性障礙
F20	思覺失調症	F43	嚴重應激反應及適應障礙
F22	妄想症	F60	特定的人格障礙症
F23	短暫精神病	F70	智力發育障礙
F25	情感思覺失調症	F84	廣泛性發展障礙症
F28	其他非物質或生理狀況所致之精神疾患	F90	多動性障礙
F29	非物質或生理狀況所致之精神病		