

新竹市精神復健機構(含日間留院及居家治療)

個案結案轉介單

轉介日期：____年____月____日

機構名稱	時程(入住機構、社區復健、居家治療、日間留院)		自____至____止	
結案原因				
個案姓名	性別		出生年月日	
身份證字號	連絡電話			
疾病診斷(ICD10)	發病年齡		就醫情形	門診____個月____次，醫院：____
居住地址(請詳填)				
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他：			
照顧者姓名	關係		連絡電話	
照顧者地址	<input type="checkbox"/> 與個案同住 <input type="checkbox"/> 其他：			
病情摘要	<p>1. 近半年心理及行為問題：<input type="checkbox"/>情緒不穩定<input type="checkbox"/>自殺<input type="checkbox"/>自傷<input type="checkbox"/>暴力<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>2. 就醫及服藥問題：<input type="checkbox"/>規則就醫 <input type="checkbox"/>不規則就醫 <input type="checkbox"/>規則服藥 <input type="checkbox"/></p> <p>3. 規則服藥</p> <p>4. 病識感：<input type="checkbox"/>完全不認為自己有精神疾病 <input type="checkbox"/>覺得自己有些狀況，但不認為是精神疾病所致，不願治療 <input type="checkbox"/>理智上知道自己生病了，情感上難接受，治療動機低 <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">情感、理智均接受自己生病且需治療</p> <p>5. 社會功能：<input type="checkbox"/>願意</p> <p>6. 他人交談 <input type="checkbox"/>能適當表達想法 <input type="checkbox"/>能理解他人的話</p> <p>7. 整體家庭支持：<input type="checkbox"/>經濟支持<input type="checkbox"/>生活照顧<input type="checkbox"/>情緒支持<input type="checkbox"/>醫療照護<input type="checkbox"/>缺乏<input type="checkbox"/>其他</p> <p>8. 其他問題：_____</p> <p>9. 家系圖：</p>			
轉介者姓名	轉介者職稱		連絡電話	

備註：請於個案結案一週內填妥轉介單，並以電子郵件方式(免備文)傳送至新竹市衛生局心理健康及毒品防制科，寄件後並來電確認。

電話：03-5355191*503 謝小姐，電子郵件：71136@ems.hccg.gov.tw。