

臺南市社區精神危機個案轉介單

通報單位：		通報日期： 年 月 日	
通報人員：		個案評估地點： <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 門診	
姓名：		<input type="checkbox"/> 社區 <input type="checkbox"/> 衛生所	
職稱：		看診/返診醫師：	
通報人聯繫電話：			
() 分機			
個案姓名：		身分證字號：	
出生日期： 年 月 日		住家電話：	
		手機號碼：	
個案精神 疾病診斷 或症狀	<input type="checkbox"/> 1. ICD-9 診斷碼： <input type="checkbox"/> 2. ICD-10 診斷碼： <input type="checkbox"/> 3. 其他診斷或症狀：		
戶籍地址：		通訊地址：	
市(縣) 區 路		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	
(街)		市(縣) 區 路	
段 巷 弄 號		(街)	
樓		段 巷 弄 號	
樓		樓	
當下處理： <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 調整用藥 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
通報原因： <input type="checkbox"/> 社區滋擾 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 有傷害之虞： _____			
其他： _____			
以下為衛生局/醫療機構填報：			
1. 本市 _____ 區追蹤關懷個案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。(此欄位為衛生局填寫)			
2. 衛生局/醫療機構進一步處置及計畫內容： <input type="checkbox"/> 知悉 <input type="checkbox"/> 調藥 <input type="checkbox"/> 安排住院			
其他： _____			
3. 回覆日期： 年 月 日			

傳真：06-6520271、電子信箱：b00089@tncghb.gov.tw，電話：06-7003631 分機 212 蔡宛岑護理師
請傳送後來電確認是否已收到。

樹林院區上班時間由社工師/員協助傳真，非上班時間由護理傳真。傳真後請交給社工室存查。
總院上班時間由社工師協助傳真，非上班時間則由急診部協助傳真。傳真後請交給樹林院區社工室存查。