

## 精神病人長期照顧服務轉介單

轉介單位名稱：\_\_\_\_\_ 電話/傳真號碼：\_\_\_\_\_  
轉介單位聯絡人：\_\_\_\_\_ 轉介日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 一、一般資料：

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 身份證號：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

婚姻：( ) 1. 未婚 2. 已婚 3. 離婚 4. 分居 5. 鰥寡 6. 再婚 7. 同居 8. 不詳

學歷：\_\_\_\_\_

主要聯絡人：\_\_\_\_\_ 與病患關係：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

聯絡人地址：\_\_\_\_\_

### 二、醫療情形：

(一) 1. 診斷： 症狀未明 (含疑似)  思覺失調症  情感性精神病  妄想症  
 其他\_\_\_\_\_

首次病發約\_\_\_\_\_歲。最後一次住院：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

2. 身心障礙證明： 沒有  有/診斷：\_\_\_\_\_等級

(二) 目前是否有下列需要治療的身體疾病？如有請勾選

心臟血管疾病  腦血管疾病  癲癇  肺結核  性病  皮膚病  糖尿病  肝炎

其他\_\_\_\_\_

(三) 過去是否有下列症狀或行為？如有請勾選

幻聽  妄想  憂鬱  自殺、自傷行為  攻擊他人  嚴重破壞行為

危害公眾行為  性方面問題如強暴、雜交  其他\_\_\_\_\_

(四) 能否規則前往門診？請勾選  規則  不規則  其他

(五) 目前精神症狀穩定程度： 穩定  有時不穩定  時常不穩定

(六) 對藥物治療的態度： 完全拒服，經勸服無效  拒服，但經勸服可改善

不規則或未持續服藥，但經提醒後可改善  能自動且規則的持續服藥

(七) 有否藥物副作用？

無  有，但不影響日常生活及活動

有，且影響日常生活及活動

(八) 是否有下列習慣或問題？ 抽菸  喝酒  藥物濫用

(九) 目前精神症狀及主要問題：

(十)其他需要特別注意事項：

(十一)轉介主要期待：

三、長照服務：

未接受長照評估：原因\_\_\_\_\_

已接受長照評估：等級數\_\_\_\_\_