

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_____