



社團法人嘉義市生命線協會

「願陪你慢飛—12~18 歲精神障礙青少年整合服務」轉介表

101 年 03 月版

轉介單位		填表人(姓名/職稱)	
轉介日期		聯絡方式	電話： 傳真：

一、個案基本資料：

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日 (____歲)
身分證字號		學校/班級		學生導師	
聯絡電話		身障手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障別：_____)		
居住地址					
監護人/ 照顧人	姓名		出生年月日		
	聯絡電話		與個案關係		

二、就學情形 (可複選)：

☐穩定就學 ☐缺曠課嚴重 ☐曾中輟，現已復學 ☐已通報中輟，偶爾到校

三、轉介事項 (可複選)：

(一) 轉介原因	<input type="checkbox"/> 疑似情緒障礙 (憂鬱、躁鬱)、飲食障礙 (暴食、厭食) 或思覺失調等現象，已持續_____(時間)，未經心理測驗量表篩檢初步確認，亦尚未就醫者 <input type="checkbox"/> 情緒障礙 (憂鬱、躁鬱)、飲食障礙 (暴食、厭食) 或思覺失調等症狀，已持續_____(時間)，經心理測驗量表篩檢初步確認者 (量表名稱：_____) <input type="checkbox"/> 精神障礙，已至精神科就醫治療者，已治療_____(時間)
(二) 問題描述	<p>1. 疾病史簡述：</p> <p>(1) 精神障礙種類：<input type="checkbox"/>焦慮症<input type="checkbox"/>憂鬱症<input type="checkbox"/>躁鬱症<input type="checkbox"/>飲食障礙 (<input type="checkbox"/>暴食<input type="checkbox"/>厭食) <input type="checkbox"/>注意力過動缺陷症 (ADHD) <input type="checkbox"/>學習障礙<input type="checkbox"/>人格障礙<input type="checkbox"/>精神分裂症<input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(2) 是否曾因精神方面疾病住院治療：<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/>是 (首次住院：____年 ____月 ____日；住院次數：____次)</p> <p>(3) 家庭成員中，是否有罹患精神疾病：<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/>是 (成員：____；同住：<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/>是)</p> <p>(4) 除了精神障礙問題外，有其他疾病或障礙：<input type="checkbox"/>否<input type="checkbox"/>是 (簡述：_____)</p> <p>(5) 其他描述：_____</p> <p>2. 學校生活：</p> <p><input type="checkbox"/>自我價值低落<input type="checkbox"/>社交人際障礙<input type="checkbox"/>對學校生活無興趣<input type="checkbox"/>課業學習落後<input type="checkbox"/>師生衝突<input type="checkbox"/>欺壓同學<input type="checkbox"/>受同學欺壓<input type="checkbox"/>拒(懼)學<input type="checkbox"/>其它描述：_____</p> <p>3. 家庭背景：</p> <p>(1) 主要照顧者：<input type="checkbox"/>父<input type="checkbox"/>母<input type="checkbox"/>祖父母<input type="checkbox"/>手足____<input type="checkbox"/>親友____<input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(2) 父母婚姻狀況：<input type="checkbox"/>已婚 <input type="checkbox"/>未婚 <input type="checkbox"/>離婚 <input type="checkbox"/>喪偶 <input type="checkbox"/>再婚 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>(3) 家庭類別：<input type="checkbox"/>一般<input type="checkbox"/>隔代<input type="checkbox"/>單親<input type="checkbox"/>原住民<input type="checkbox"/>身心障礙者<input type="checkbox"/>外籍配偶<input type="checkbox"/>受刑人<input type="checkbox"/>經濟弱勢 (<input type="checkbox"/>低收 <input type="checkbox"/>中低收) <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>(4) 家人對個案態度：<input type="checkbox"/>過份關心<input type="checkbox"/>關心<input type="checkbox"/>不關心<input type="checkbox"/>有放棄意念<input type="checkbox"/>關係緊張<input type="checkbox"/>關係衝突</p> <p>(5) 其他描述：_____</p>

(三) 轉介目的	<input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 課業輔導 <input type="checkbox"/> 疾病評估 <input type="checkbox"/> 疾病衛教 <input type="checkbox"/> 協助就醫 <input type="checkbox"/> 團體輔導 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 性別教育 <input type="checkbox"/> 法律服務 <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 就業資訊 <input type="checkbox"/> 陪同服務 <input type="checkbox"/> 其他：
四、個案或案家已接受之社會資源：	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	轉介單位已提供服務，說明：
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	已接受政府社會福利資源或服務： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入兒少生活補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 身障生活補助 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	已接受民間社會福利資源或服務，說明：
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有親屬朋友支持，並獲得協助，說明：
五、危機評估：	
<input type="checkbox"/> 自殺意念與傾向 <input type="checkbox"/> 曾有自殺經驗，請說明時間、工具：_____	
<input type="checkbox"/> 自殘（自我傷害），方式：_____	
<input type="checkbox"/> 他殺意念與傾向 <input type="checkbox"/> 曾傷害他人，請說明時間、工具：_____	
<input type="checkbox"/> 有中輟的可能性	
<input type="checkbox"/> 其他	

地址：60089 嘉義市西區福全街 傳真電話：(05) 2338747
 連絡電話：(05) 2324325、2319668 蕭瑜里 社工員

「願陪你慢飛—12~18 歲精神障礙青少年整合服務」轉介處理回覆單

說明：應於接受轉介單後 7 個工作天內回覆轉介機關（構）評估收案與否。

個案姓名	身分證統一編號	
受理日期	年 月 日	回覆日期 年 月 日
回覆處理情形	1、評估結果： <input type="checkbox"/> 收案： (1) 開案日期： 年 月 日 (2) 協助事項：(可複選) <input type="checkbox"/> 收案關懷及追蹤 <input type="checkbox"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 轉介心理輔導 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	<input type="checkbox"/> 未收案：(可複選) <input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。 <input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。 <input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。 <input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關（構）持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 個案主要訴求非本機關（構）之服務項目。 <input type="checkbox"/> 個案拒絕服務，請 貴機關（構）持續關懷，必要時再轉介。 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____	
	2、其他建議處置或補充說明：_____	
	評估人員： 電 話：	單位主管： 傳 真：