

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：潘眉如
聯絡電話：08-7320415-3637
傳真：08-7322450
電子信箱：a300438@oa.pthg.gov.tw

受文者：屏東縣高樹鄉高樹國民小學

發文日期：中華民國113年6月7日

發文字號：屏府教特字第1135008724號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (376530000A113500872400-1. pdf、376530000A113500872400-2. pdf、
376530000A113500872400-3. pdf、376530000A113500872400-4. docx、
376530000A113500872400-5. odt)

主旨：檢送屏東縣社區心理衛生中心相關資訊與轉介流程1份，

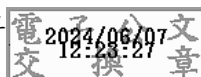
請惠予協助公告周知，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本府113年6月4日屏衛心字第1138001035號函辦理。
- 二、本縣已成立內埔區及潮州區2處社區心理衛生中心，提供民眾就近心理衛生服務及精神病人照護等服務，相關服務資訊請參閱簡章（附件1）。
- 三、如發現有疑似精神病人或服務中有精神議題之個案，請依流程適時予以轉介（如附件2-5），俾利提供後續服務。
- 四、相關資訊可至衛生局網站／業務資訊／心理衛生與毒品防制科／社區心理衛生中心簡介（<https://reurl.cc/mMkWQM>）查詢，或電洽社區心理衛生中心詢問（內埔區08-7799979；潮州區08-7893447）。

正本：各國小、各高國中

副本：本府教育處特殊教育科



服務項目：

- 1、個案服務。
- 2、職能復健活動。
- 3、心理衛生諮詢/諮商服務。
- 4、社區心理健康講座/活動。
- 5、資源轉介服務。

中心亮點

關懷：以家庭為中心的外展關懷服務。

專業：跨專業領域人員提供專業諮詢。

深化：深化的處遇服務，
精進精神照護。

陪伴：專業心理諮商，
陪伴探索生命的寶藏。

守護：深入社區服務，
守護民眾心理健康。

賦能：多元復健及團體活動，
賦予人生新能量。

如有情緒困擾
可撥打安心專線

1925

免費預約心理諮商

屏東縣心理健康資源地圖

聯繫方式

服務時間：每週一至週五（例假日休息）

8：00~12：00；13：30~17：30

非服務時段，若發現社區疑似精神病人
可通報110或24小時緊急諮詢專線

0963204569

內埔區：

地點：屏東縣內埔鄉中興路191號
（內埔鄉衛生所3樓）

電話：08-7799979

傳真：08-7799980

內埔區社區心理衛生中心
Line官方帳號



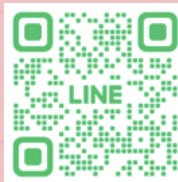
潮州區：

地點：屏東縣潮州鎮四維路20號

電話：08-7893447

傳真：08-7899835

潮州區社區心理衛生中心
Line官方帳號



心理健康 社區安康

屏東縣 社區心理衛生中心



更多資訊在
社區心理衛生中心官網唷!



內埔區社區心理衛生中心

服務轄區以屏北地區為主，所轄鄉鎮包含屏東市、內埔鄉、長治鄉、麟洛鄉、瑪家鄉、鹽埔鄉、竹田鄉、萬丹鄉、九如鄉、里港鄉、高樹鄉、三地門鄉及霧台鄉共13個鄉鎮。



內埔區社區
心理衛生中心服務區域

潮州區社區心理衛生中心

主要服務轄區以屏中地區為主轄鄉鎮包含潮州鎮、萬巒鄉、泰武鄉、來義鄉、崁頂鄉、新園鄉、東港鎮、南州鄉、林邊鄉、佳冬鄉、新埤鄉、春日鄉、枋寮鄉及琉球鄉共14個鄉鎮。

潮州區社區
心理衛生中心服務區域

車城區社區
心理衛生中心服務區域
(預計114年設置)

恆春鎮分中心
(恆春鎮衛生所)



多功能室

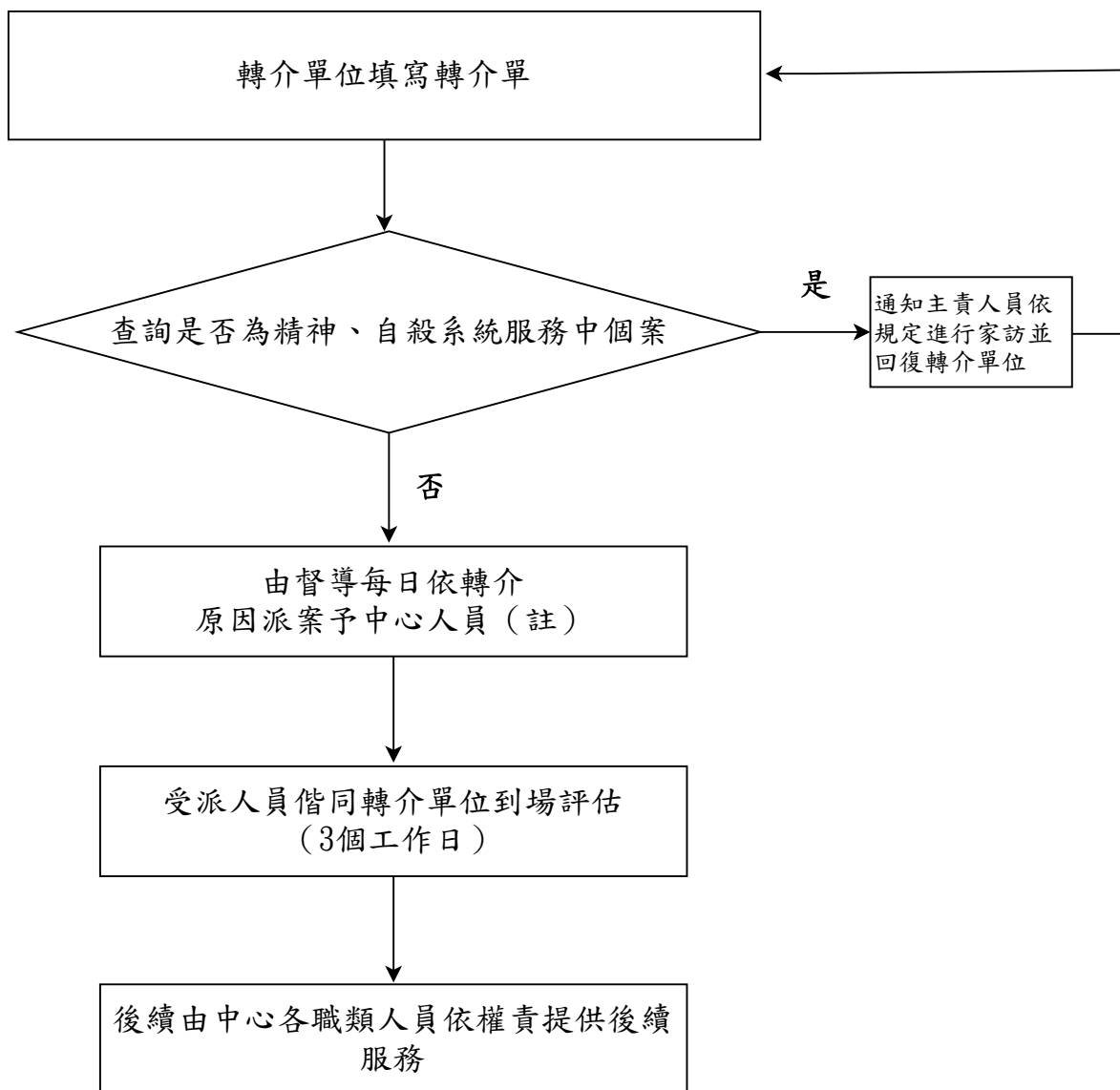


內埔區
心理諮商室



潮州區
心理諮商室

屏東縣政府衛生局 轉介社區心理衛生中心流程



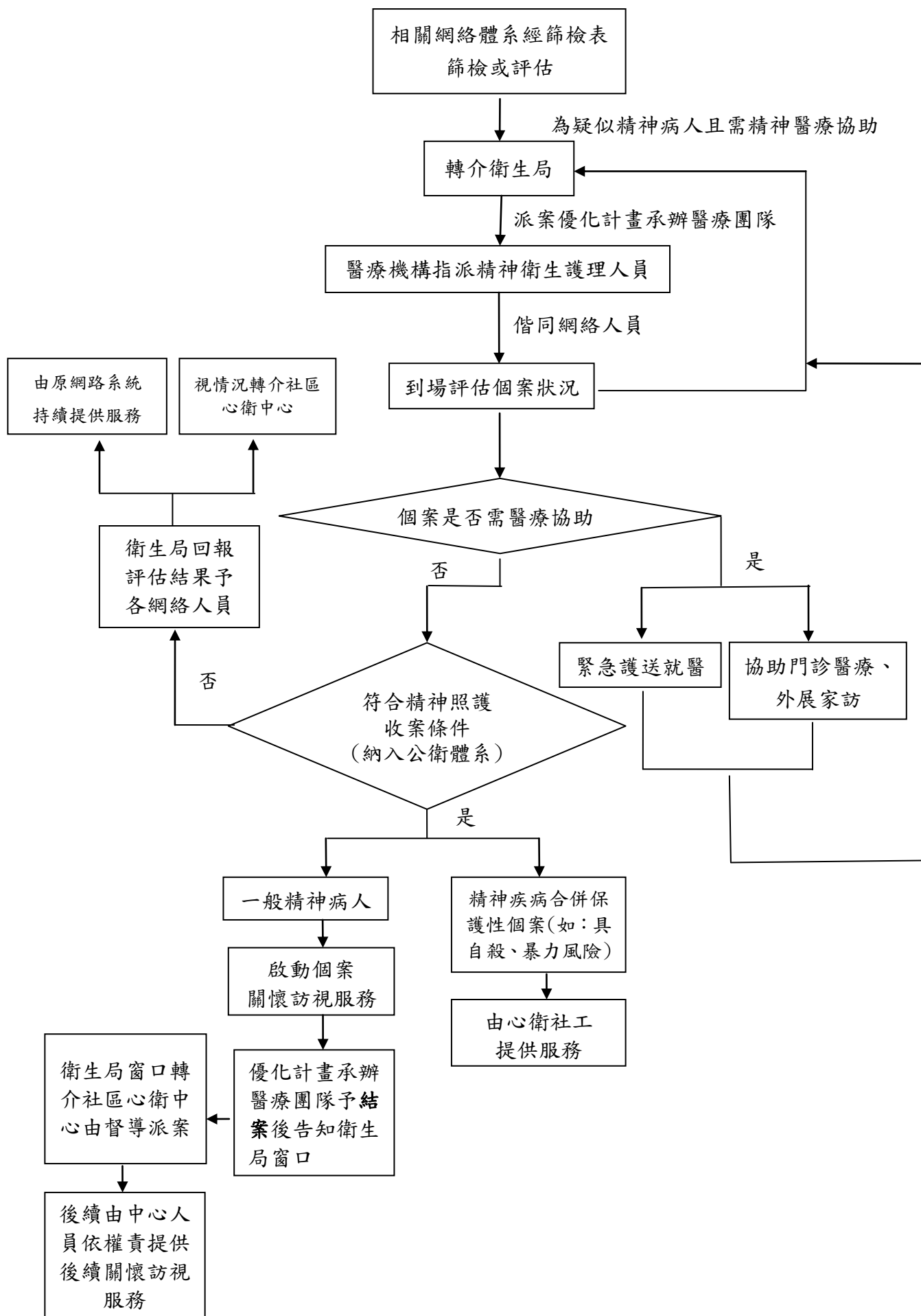
備註：

派案說明

- (1) 具有就醫需求派案予護理師。
 - (2) 職能及生活功能評估派案予職能治療師。
 - (3) 心理諮商需求派案予諮商或臨床心理師。
- 依個案情況將調整派案人員

屏東縣政府衛生局疑似或社區精神病人照護優化計畫

轉介處理流程



請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月修訂

屏東縣政府衛生局社區心理衛生中心 轉介單

填表日期： 年 月 日

一、轉介資料：		
轉介單位：		
衛政： <input type="checkbox"/> 心衛社工	<input type="checkbox"/> 社區精神關訪員	<input type="checkbox"/> 自殺關訪員
其他： <input type="checkbox"/> 社會處：_____	<input type="checkbox"/> 長照處：_____	<input type="checkbox"/> 教育單位：_____
<input type="checkbox"/> 公衛護理師		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案類型：		
1. <input type="checkbox"/> 精神病人(經醫師診斷患者有思覺失調症、妄想症、躁鬱症之病人)且非心理衛生人員服務中個案		
2. <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明(第一類)之服務困難個案		
3. <input type="checkbox"/> 1個月內重複自殺3次以上之個案		
☆ 疑似或具社區風險之精神病人可轉介「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，如有緊急情況，請直接撥打 110、119 或 24 小時緊急諮詢專線電話 0963-204569。		
轉介原因：		
<input type="checkbox"/> 疑似有心理或情緒困擾		
<input type="checkbox"/> 需提升日常生活處理能力		
<input type="checkbox"/> 需提升社交技巧或改善人際關係		
<input type="checkbox"/> 需提升輔具操作技能		
<input type="checkbox"/> 需提升工作意願或改善工作態度		
<input type="checkbox"/> 需有身體檢查及評估需求		
<input type="checkbox"/> 需提升工作能力		
<input type="checkbox"/> 需增加疾病知能		
<input type="checkbox"/> 需接受用藥指導		
<input type="checkbox"/> 未規則就醫或服藥		
<input type="checkbox"/> 有成癮防治或戒斷相關諮詢需求		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案情況對日常生活的影響程度：		
<input type="checkbox"/> 不詳		
<input type="checkbox"/> 不影響		
<input type="checkbox"/> 無法自理		
<input type="checkbox"/> 需他人協助		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案狀況摘要：		
二、個案基本資料：		
姓名：	身分證字號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話：	出生年月日(民國)：	
居住地址：		
教育程度：	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中(高職)	
	<input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
婚姻、居住狀態： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 與他人同居 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
就業情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 就職中：_____ <input type="checkbox"/> 失業：_____個月 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 家管		
身份別：	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 近貧戶	
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病卡_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	
疾病診斷名稱或代碼：		
主要聯絡人：		聯絡人電話：

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月修訂

與個案之關係： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 家屬_____ <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
三、個案狀況：							
是否對自己的狀況有瞭解（病識感）： <input type="checkbox"/> 有部分病識感（知道自己異於常人但不清楚疾病內容或不願配合醫療服務） <input type="checkbox"/> 有病識感（知道自己異於常人且對疾病有完整的瞭解或願意配合醫療服務） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
情感方面： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高亢 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 生氣 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 害怕 <input type="checkbox"/> 驚恐 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
行為方面： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 急躁不安 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 攻擊（對自己、對他人） <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 強迫（重複性動作） <input type="checkbox"/> 整日臥床 <input type="checkbox"/> 退縮（不出房門） <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 情緒不穩 <input type="checkbox"/> 日常生活無法自理 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
物質濫用情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠藥 <input type="checkbox"/> 管制藥品或毒品 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
四、身心科就醫情形：							
目前是否就醫： <input type="checkbox"/> 無（以下免填） <input type="checkbox"/> 有：							
就醫情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 不規律就醫 <input type="checkbox"/> 規律就醫 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
服藥規則性： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 規則服藥 <input type="checkbox"/> 不規則服用 <input type="checkbox"/> 拒絕服藥							
用藥方式： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑 <input type="checkbox"/> 其他：：_____							
轉介人員		連絡電話		傳真號碼		主管	

-----以下部分由社區心理衛生中心人員填寫-----

個案姓名				回覆日期	年 月 日
轉介單位		轉介人員		聯絡電話	
	※本單位收到貴 _____，於____年____月____日轉介此個案資料，特此回復。 ※服務情形： <input type="checkbox"/> 開案，已於____年____月____日進行訪視，如需瞭解個案情形，請洽詢電話____， 訪視人員： <input type="checkbox"/> 已有心理衛生人員服務中，個案管理人員為： 並於____年____月____日與您聯繫，如需瞭解個案情形，請洽詢電話____ ※其他補充說明事項： <input type="checkbox"/> 不開案，因於____年____月____日、____月____日及____月____日皆無法聯繫個案。				
回覆人		督導		執行秘書	

屏東縣疑似精神病人個案轉介單/第4類轉介單 *為必填

請傳真至 (08)7799980		聯絡電話： (08)779-9979 屏東縣衛生局 聯絡人黃偉惠		轉介注意事項： 1. 須配合受理醫療機構共訪機制 2. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」	
*身分證字號			*姓名		
*連絡電話			*訪視地址		
*性別	○男○女○多元性別		*出生日期	西元____年__月__日，__歲	
*教育程度	○不識字 ○國小 ○國中 ○高中 ○高職 ○專科 ○大學 ○碩士或以上○不詳				
*婚姻狀況	○未婚○已婚 ○離婚 ○鰥寡 ○不詳				
*計畫轉介告知	○已告知主要照顧者 ○無法告知，原因_____				
*請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。					
*主要照顧者/ 重要關係者	姓名/____關係/____電話/是否同住：○是、○否				
可協助訪視者，朋友/鄰里長/鄰居/社工					
*主要問題 內容	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險(○未曾發生過 ○曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)：_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他(請描述)：_____				
*個案篩檢表	○有，請摘錄說明篩檢結果：_____○無				
轉介機構/單位					
*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系【 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="radio"/> [社政]社福體系(<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心(<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="radio"/> [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政、消防體系 <input type="radio"/> 社區民政體系(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="radio"/> 其他：_____				
*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____				

*個案概況描述	最近一次訪視日期：____年__月__日，請具體描述。並敘明相關事件發生時間。				
備註	家系圖、身心障礙鑑定證明、社會福利身分情況等其他補充說明				
*轉介單位			電子信箱		
*電話	電話：	分機	傳真		
*轉介日期		*轉介人 核章		*主管核 章	

衛生局處理情形

*衛生局初評紀錄					
衛生局 初評日期	____年__月__日	評估人員		單位主管	
<input type="radio"/> 轉介醫療機構，受轉介機構：_____ <input type="radio"/> 個案已有診斷，改為高風險第1類收案 <input type="radio"/> 不轉介： <input type="radio"/> 已為精神照護系統服務個案。 <input type="radio"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="radio"/> 不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="radio"/> 個案主要需求非衛生機關之服務項目。 <input type="radio"/> 考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 <input type="radio"/> 其他原因（請簡述）：_____ [註：住院、門診/居家治療、自殺防治/心衛社工列管、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介]					
衛生局 評估日期	____年__月__日	評估人員		單位主管	
衛生局 派案日期	____年__月__日	評估人員		單位主管	

醫療機構未能完成評估回覆單(給衛生局)

已於____年____月____日，進行聯繫

☐住院，入住_____醫院

☐門診/居家治療

☐失聯

☐搬遷

☐家屬、個案拒絕接受服務

☐已前往，但無法成功接觸個案

☐羈押中

☐生理疾病住院

☐死亡

☐其他原因（請說明）：_____

其他補充事項：

*回覆日期	____年____月____日	*行政專案人員		*單位主管	
-------	-----------------	---------	--	-------	--

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表—家屬版

使用注意事項：

●每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」

●符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1.他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是☐ 否☐

2.當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？

(若有，澄清事件發生時間與過程) 是☐ 否☐

3.以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是☐ 否☐

4.你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是☐ 否☐ (是請續填以下各項)

a. ☐他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？

他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例子) _____

b. ☐他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例子) _____

c. ☐你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

d. ☐你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去

做事，

甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？

做過哪些事情呢？)

e. ☐你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)

1.目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？是☐ 否☐

2.就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是☐ 否☐

他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是☐ 否☐

(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表—當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1.你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是☐ 否☐

2.當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是☐ 否☐

3.以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是☐ 否☐

a. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是☐ 否☐ (是請續填以下各項)

☐你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：你知道是那些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)

b. ☐你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例子)_____

c. ☐你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例子)

d. ☐你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例子，並繼續澄清：

☐你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？☐你聽到聲音在彼此講話嗎？

☐這些聲音會不會叫你去做事？☐叫你去傷害別人或傷害自己？

☐你以前有沒有真的聽他們的命令去做？☐做過哪些事情呢？_____

☐你如果不照做會發生甚麼事？

e. ☐你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)_____

1. ☐ (轉介人自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？

2.當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是☐ 否☐

你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是☐ 否☐ _____