**自殺防治 個案轉介單**

註1.\*表示必填欄位

註2.若個案已有實際自殺行為，請改填自殺通報關懷單(無需填寫本轉介單)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介者注意事項 | | 1.轉介前請務必告知個案（或聯絡人）將被轉介至自殺防治中心或衛生局(社區關懷人員)。  2.若為緊急案件，請轉介單位務必傳真後主動來電說明。  3.若轉介單位係透過第三人獲悉並未實際接觸個案，請務必於確認及評估實際案情後再行轉介。 | | | | | | | | | | | | |
| 基 本 資 料 | 姓 名\* | |  | | | | 生日 | 民國 年 月 日 | | | | 性 別 | | □男 □女 |
| 身分證字號\* | |  | | | | 電話\* |  | | | | 健 保 | | □有 □無 |
| 福利身分別 | |  | | | | □身心障礙別：障別： 程度： | | | | | | | |
| 居住地址\* | |  | | | | | | | | | | | |
| 緊急聯絡人 | |  | 與個案之關係 |  | | | | 電話 | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
| 個案問題描述\* | | | □感情問題 □人際問題(□夫妻問題 □家人問題 □同儕問題) □物質濫用 □精神/心理疾病□經濟問題 □工作問題 □學業壓力 □法律問題 □重大失落事件  □生理疾病問題 □其他  摘述： | | | | | | | | | | | |
| 自殺風險初評\* | | | 請圈選 □簡式健康量表（BSRS-5）：1-5題總分大於15分且自殺想法大於2分。  ◎最近 請圈選最近一個星期（含今天），個案對下列各項目造成困擾的嚴重程度（個案感受）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 不會 | 輕微 | 中等  程度 | 嚴重 | 非常  嚴重 | | 1.睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | 2.感覺緊張或不安 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | 3.覺得容易苦惱或動怒 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | 4.感覺憂鬱、心情低落 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5.覺得比不上別人 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | ★有自殺的想法 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | **請填寫檢測結果：1-5題總分： 分，★自殺想法： 分** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 個案曾有自殺行為(最近一次自殺日期： 自殺方式： )  □ 個案最近一個星期陳述有具體自殺計畫（包含明確的時間與自殺方式） | | | | | | | | | | | |
| 轉介單位： | | | 轉介人員： | | | 單位主管： | | | | 電話： | | | 傳真： | |
|  | | |  | |
| 轉介日期： 年 月 日 | | | | |

**自殺高風險個案轉介處理回覆單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 受轉介日期 | 年 月 日 | 回覆日期 | 年 月 日 |
| 回覆處理情形 | 1、評估結果：  □ 開案：  （1）開案日期： 年 月 日  （2）協助事項：（可複選）  □ 關懷訪視與追蹤評估 □ 轉介精神醫療 □ 安排心理諮商  □ 其他：  □ 個案資料不足或錯誤導致無法聯繫，請 貴機關（構）確認後再行轉介。  □ 因 貴機關（構）無法提供資料或表示無須聯繫，故無法進行評估。  □ 考量個案需求實非本中心權責所能提供，惠請 貴機關（構）持續提供既有服務或轉介其他合適單位。  □ 其他：  2、其他處遇建議或補充說明： | | |
| 評估人員： 單位主管：  電 話：(02)23212730轉 傳 真：(02)23212731 | | |