

傳真電話：08-7386617 (上班時間周一至周五 08:00-17:30)、**08-7981116 (下班、假日)**

聯絡電話：08-7370123 (衛生局專線)、**夜間及假日緊急聯絡電話：0985652350、7981119**

24 小時緊急諮詢專線:0985652350、7981119

屏東縣政府自殺高風險個案轉介單

說明：

一、轉介個案需同時符合下列標準：

- (一) 簡式健康量表 (BSRS) 總分達 15 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)
- (二) 簡式健康量表 (BSRS) 自殺想法檢測結果達 2 分以上。(請先檢視本表第 28 項測量結果)
- (三) 達高自殺風險個案條件任何 1 項者。(請先檢視本表第 29 項所訂條件)

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

三、如有緊急個案需衛生局配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

(一)*本次轉介對象屬：

- ☐ 自殺威脅者 (係指準備自殺執行自殺行動者)
- ☐ 自殺未遂者 (係指有自殺行為，但未遂者)
- ☐ 自殺意念者 (係指心存自殺想法，尚未付諸行動者)

(二)基本資料：

- | | |
|--|---|
| 1、*個案姓名： | 2、*身分證統一編號(或居留證號碼)： |
| 3、*性別： | 4、是否為原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5、*電話(日)： | 6、*電話(夜)： |
| 7、手機：_____ | 8、*年齡： (出生： 年 月 日) |
| 9、婚姻狀況：_____ | 10、教育程度：_____ |
| 11、就業情況： <input type="checkbox"/> 有，目前從事_____ <input type="checkbox"/> 無，失業多久_____ | |
| 12、戶籍住址：_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____ | |
| 13、*居住住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里 路 號 | |
| 14、聯絡人姓名：_____ | 15、關係：_____ |
| 16、聯絡人電話：_____ | 17、聯絡人手機：_____ |
| 18、*自殺日期： 年 月 日 | 19、*轉介日期： 年 月 日 |

20、*有無實際自殺行為：☐ 是 ☐ 否(勾選本項者，下題為勾選計畫自殺方式)

21、*自殺方式：(可複選，☐最多勾選三種)

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自縊、勒死及窒息 | <input type="checkbox"/> 自焚 | <input type="checkbox"/> 汽車廢氣 | <input type="checkbox"/> 家用瓦斯 |
| <input type="checkbox"/> 農用殺蟲劑及除草劑 | <input type="checkbox"/> 溺水(淹死)；跳水 | <input type="checkbox"/> 燒炭 | <input type="checkbox"/> 其他化學物品 |
| <input type="checkbox"/> 高處跳下 | <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣 | <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑 | <input type="checkbox"/> 切穿工具 |
| <input type="checkbox"/> 以槍炮、氣槍及爆炸物 | <input type="checkbox"/> 其他藥物 | <input type="checkbox"/> 割腕 | <input type="checkbox"/> 撞擊 |
| <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量 | <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑 | <input type="checkbox"/> 以其他方式：_____ | |

22、*自殺原因：(可複選，本題☐最多勾選三個)

(1) 情感/人際關係

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家人間情感因素 | <input type="checkbox"/> 夫妻問題 | <input type="checkbox"/> 感情因素 | <input type="checkbox"/> 重大失落素：_____ |
| <input type="checkbox"/> 同儕關係因素 | <input type="checkbox"/> 職場人際關係因素 | <input type="checkbox"/> 其他人際關係因 | |

(2) 精神健康/物質濫用

- ☐憂鬱傾向 ☐非憂鬱傾向精神心理健康問題 ☐物質濫用(酒、藥)
☐過去或現在罹患憂鬱症 ☐非憂鬱症精神疾病：_____

(3) 工作/經濟

- ☐非人際關係職場因素 ☐失業經濟因素 ☐債務經濟因素 ☐非失業及債務經濟因素

(4) 生理疾病

- ☐久病不癒 ☐非久病不癒疾病因素

(5) 校園學生問題

- ☐非人際關係學校適應問題 ☐校園學生的生涯規劃因素

(6) 兵役問題

(7) 其他

(8) 不詳

- ☐兵役因素 ☐其他：_____ ☐不詳

(9) 不願說明或無法說明

- ☐個案(家屬)不願說明 ☐個案因身體狀況無法說明

23、*有無其他人一起自殺：☐有(關係：_____) ☐無

24、*自殺後身體狀況：☐穩定 ☐惡化 ☐垂危

25、*過去精神疾病史：☐不詳 ☐無 ☐有，診斷病名：_____ ☐酒癮 ☐藥(毒)癮

26、*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務：☐是 ☐否

27、*轉介機關(構)個案處置情形：

- ◎是否已開案？☐是，已提供_____服務 ☐否_____
- ◎轉介後，是否繼續服務個案？☐是_____ ☐否_____
- ◎希望衛生機關對個案提供何種服務？☐轉介精神醫療服務 ☐轉介心理輔導 ☐收案關懷及追蹤 ☐其他_____
- ◎檢附相關評估表供參☐有_____ ☐無_____

28、*測量簡式健康量表(BSRS)結果：

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

說明：

1. 1 至 5 題之總分：

- (1) 得分0~5分：身心適應狀況良好。
- (2) 得分6~9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。
- (3) 得分10~14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。
- (4) 得分>15分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2. ★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前5題總分小於6分，但本題評分為2分以上時，建議轉介至精神科。

29. *高自殺風險個案條件：(可複選)

- ☐ 1. 再自殺個案
- ☐ 2. 本次自殺方式為上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥者
- ☐ 3. 個案陳述有具體自殺計畫（包含明確的時間與自殺方式）
- ☐ 4. 65 歲以上獨居、無家庭、社會支持薄弱或久病不癒之老人

30. 其他相關資訊：

轉介機關（構）：

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

說明：應於接受轉介單後 3 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 (或居留證號碼)	
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"/> 轉介精神醫療服務 <input type="checkbox"/> 轉介心理輔導 <input type="checkbox"/> 收案關懷及追蹤 <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"/> 個案主要訴求非衛生機關（構）之服務項目。 <input type="checkbox"/> 考量個案需求，以原轉介機關（構）繼續提供服務為佳。 <input type="checkbox"/> 其他原因： _____ 2、其他建議處置或補充說明： _____		
	評估人員： 單位主管： 電 話： 傳 真：		