|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **嚴重情緒行為者精神醫療就醫障礙改善及精神病早期介入計畫**  20241230製作  **早期精神病介入EIP(醫院、診所轉介單)**   |  |  | | --- | --- | | **個案編號**  **(轉介不需填寫)** |  | | | | | |
| **\*身分證字號** |  | **\*姓名** |  | |
| **\*連絡電話** | \*可連絡時間:  □9:00-12:00□13:30-17:30 | **\*地址** |  | |
| **\*性別** | □男 □女 □多元性別 | **\*日期** | 西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日，\_\_\_歲 | |
| **\*教育程度** | □無□小學□國中□高中(職) □大學(專) □碩士級(以上) | | | |
| **\*教育現況** | □持續就學 □中斷就學(如：休學) □已終止就學(如畢業，不升學) | | | |
| **\*婚姻狀況** | □未婚□已婚□離婚 | | | |
| **\*計畫轉介告知** | □已告知主要照顧者 □無法告知，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*知情同意，請醫師務必協助告知預計轉介**早期精神病介入方案**，避免家屬接受訪視時，感受不悅。 | | | |
| **\*主要照顧者** | □配偶□母親／父親 □祖父 ／母 □其他： | | | |
| **\*個案類型** | □At Risk Mental State(ARMS)  個案如有就診，請填寫ICD-10主診斷碼  □First Episode Psychosis(FEP) ICD-10主診斷碼 | | | |
| **\*個案障礙程度** | 有無身障證明，及嚴重程度：  □無  □有，極重度 □有，重度 □有，中度□有，輕度 | | | |
| **\*風險評估** | □無  □自傷自殺傷人行為  □物質濫用史(可複選)：  ○酒精 ○安非他命 ○K他命 ○搖頭丸○大麻○海洛因  ○其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □生理疾病問題 | | | |
| **\*病情摘要** |  | | | |
| **\*轉介日期** | 年 月 日 | | **\***轉介單位 |  |
| 1.如有符合轉介類型之個案，請醫師協助本轉介單填寫後並回傳。  2.聯絡電話:  3.回傳信箱： | | | | |