|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **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： |