社團法人高雄市築夢關懷協會

　　　　　　　　　 　 個　案　轉　介　單　　 　修改日期：103.06.13

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介單位 |  | | | | | | 申請日期 | | 年　　月　　日 | |
| 單位聯絡人 |  | 聯絡電話 | |  | | | 傳真電話 | |  | |
| 轉介條件 | 1.設籍或居住於高雄市，*且已領有身心障礙手冊之精神病患者*  2.一週內兩次以上重覆急診或不規則多次就醫之精神病患者  3.*患有思覺失調症（精神分裂症）、躁鬱症之精神病患者*  4.獨居且社會生活功能受損之嚴重精神病患者  5.病識感不佳、服藥順從性差而導致病情不穩定之精神病患者 | | | | | | | | | |
| 個案姓名 |  | 出生日期 | | 年　 月 　日 | | 身份證字號 | | | |  |
| 個案性別 | □男　□女 | 聯絡電話 | |  | | | | | | |
| 聯絡人 |  | | 與個案關係 | |  | 聯絡電話 | |  | | |
| 通訊地址 |  | | | | | | | | | |
| 疾病診斷 | □思覺失調症（精神分裂症）　　□躁鬱症　　□藥物（酒精）性精神病  □憂鬱症　　　　　　□其他精神疾病：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | |
| 個案問題 | □沒病識感　　　　　　□服藥不規則　　　　　　□拒絕就醫情緒不穩定  □自殺/自傷　　　　　 □暴力　　　　　　　　　□醫療認知不足  □就業問題　　　　　　□經濟問題　　　　　　　□家庭支持系統不佳  □人際關係不良　　　　□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | |

請　貴單位填寫上列個案轉介單後，E-mail（dreammakingass@gmail.com）至社團法人高雄市築夢關懷協會（請再利用電話告知），本協會收到個案轉介單後將會盡快聯繫　貴單位，謝謝。

-----------------------------------------------------------------------------------------

社團法人高雄市築夢關懷協會

個案轉介處理回覆單

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 收案日期 |  | 個案姓名 | |  | | 受轉介日期 | | 年　　月　　日 | |
| 處理回覆 | 接案結果  □不開案，原因  □開案，評估結果 | | | | | | | | |
| 接案社工 |  | | 單位主管 | |  | | 回覆日期 | |  |

　　 社團法人高雄市築夢關懷協會

　　 聯絡電話：（07）553-7971、553-8560（週一至週五08：30~17：30）

　　 傳真電話：（07）553-7971　　　　　　　　　E-mail：dreammakingass@gmail.com