

# 高高屏地區出院精神病患轉介單

甲：轉介醫院自留  
乙、丙、丁聯寄至衛生局(一式四聯)

\_\_\_\_\_ 衛生局鈞鑒：

病患 \_\_\_\_\_ 先生/小姐 經本院診治情形如下表，茲轉介給貴局請予以追蹤訪視並將追蹤結果惠予覆如本院

轉介醫院：凱旋 國軍高雄總醫院 高雄榮總 國軍左營醫院 靜和 長庚醫院 慈惠 樂安  
署旗醫院 義大醫院 靜和燕巢分院 署屏醫院 屏安 龍泉榮民 迦樂醫院  
東港安泰 其他\_\_\_\_\_

患 者 病 歷 摘 要	性別		出生 年月日		身分證 字號														
	病歷 號碼		保險 身份別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 無	聯絡 電話					聯絡人 電話									
戶籍地址：																			
實地居住地：																			
1. 病情摘要(包括主要問題及治療經過，請以中文填寫)																			
2. 病情診斷(請以中文填寫) <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 藥物(酒精)性精神病 <input type="checkbox"/> 其他：_____																			
3. 個案特殊問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 性不恰當行為 <input type="checkbox"/> 其他：_____																			
4. 出院時服用藥物																			
5. 是否為嚴重病人： 是 <input type="checkbox"/> (請續填下列選項) 否 <input type="checkbox"/> (1)保護人： _____ 關係： _____ (2)建議保護期間自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止 (3)是否接受強制住院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>																			

轉介 病房		轉介 醫師		轉 介 聯絡人		聯絡 電話		轉介 日期	
----------	--	----------	--	------------	--	----------	--	----------	--

接受轉介衛生所追蹤報告

處理情形及建議事項：

收到日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 寄回日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 訪視者簽名： \_\_\_\_\_

# 高高屏地區出院精神病患轉介單

乙聯：衛生局轉介衛生所、衛生所自留訪視結果記錄（一式四聯）

\_\_\_\_\_ 衛生局鈞鑒：

病患 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_ 小姐 經本院診治情形如下表，茲轉介給貴局請予以追蹤訪視並將追蹤結果惠予覆如本院

轉介醫院： 凱旋  國軍高雄總醫院  高雄榮總  國軍左營醫院  靜和  長庚醫院  慈惠  樂安  
 署旗醫院  義大醫院  靜和燕巢分院  署屏醫院  屏安  龍泉榮民  迦樂醫院  
 東港安泰  其他 \_\_\_\_\_

患 者 病 歷 摘 要	性別		出生 年月日		身分證 字號														
	病歷 號碼		保險 身份別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 無	聯絡 電話						聯絡人 電話								
	戶籍地址：																		
	實地居住地：																		
	1. 病情摘要(包括主要問題及治療經過，請以中文填寫)																		
	2. 病情診斷(請以中文填寫) <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 藥物(酒精)性精神病 <input type="checkbox"/> 其他：_____																		
	3. 個案特殊問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 性不恰當行為 <input type="checkbox"/> 其他：_____																		
	4. 出院時服用藥物																		
	5. 是否為嚴重病人： 是 <input type="checkbox"/> (請續填下列選項) 否 <input type="checkbox"/> (1)保護人： _____ 關係： _____ (2)建議保護期間自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止 (3)是否接受強制住院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>																		

轉介 病房		轉介 醫師		轉 介 聯絡人		聯絡 電話		轉介 日期	
----------	--	----------	--	------------	--	----------	--	----------	--

接受轉介衛生所追蹤報告

處理情形及建議事項：

收到日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 寄回日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 訪視者簽名： \_\_\_\_\_

# 高高屏地區出院精神病患轉介單

丙聯：衛生局轉介衛生所、衛生所回覆追蹤結果予衛生局自留(一式四聯)

\_\_\_\_\_ 衛生局鈞鑒：

病患 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_ 小姐 經本院診治情形如下表，茲轉介給貴局請予以追蹤訪視並將追蹤結果惠予覆如本院

轉介醫院：凱旋 國軍高雄總醫院 高雄榮總 國軍左營醫院 靜和 長庚醫院 慈惠 樂安  
署旗醫院 義大醫院 靜和燕巢分院 署屏醫院 屏安 龍泉榮民 迦樂醫院  
東港安泰 其他\_\_\_\_\_

患	性別		出生 年月日		身分證 字號								
	病歷 號碼		保險 身份別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 無	聯絡 電話			聯絡人 電話					
者	戶籍地址：												
	實地居住地：												
病	1. 病情摘要(包括主要問題及治療經過，請以中文填寫)												
	2. 病情診斷(請以中文填寫) <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 藥物(酒精)性精神病 <input type="checkbox"/> 其他：_____												
歷	3. 個案特殊問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 性不恰當行為 <input type="checkbox"/> 其他：_____												
	4. 出院時服用藥物												
要	5. 是否為嚴重病人：是 <input type="checkbox"/> (請續填下列選項) 否 <input type="checkbox"/>												
	(1)保護人： _____ 關係： _____ (2)建議保護期間自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止 (3)是否接受強制住院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>												

轉介 病房		轉介 醫師		轉 介 聯絡人		聯絡 電話		轉介 日期	
----------	--	----------	--	------------	--	----------	--	----------	--

接受轉介衛生所追蹤報告

處理情形及建議事項：

收到日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      寄回日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      訪視者簽名： \_\_\_\_\_

# 高高屏地區出院精神病患轉介單

丁聯：衛生局轉介衛生所、衛生所回覆追蹤予轉介醫院自留(一式四聯)

_____衛生局鈞鑒： 先生 病患_____小姐經本院診治情形如下表，茲轉介給貴局請予以追蹤訪視並將追蹤結果惠予覆如本院 轉介醫院： <input type="checkbox"/> 凱旋 <input type="checkbox"/> 國軍高雄總醫院 <input type="checkbox"/> 高雄榮總 <input type="checkbox"/> 國軍左營醫院 <input type="checkbox"/> 靜和 <input type="checkbox"/> 長庚醫院 <input type="checkbox"/> 慈惠 <input type="checkbox"/> 樂安 <input type="checkbox"/> 署旗醫院 <input type="checkbox"/> 義大醫院 <input type="checkbox"/> 靜和燕巢分院 <input type="checkbox"/> 署屏醫院 <input type="checkbox"/> 屏安 <input type="checkbox"/> 龍泉榮民 <input type="checkbox"/> 迦樂醫院 <input type="checkbox"/> 東港安泰 <input type="checkbox"/> 其他_____											
患者病歷摘要	性別		出生年月日		身分證字號						
	病歷號碼		保險身份別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 無	聯絡電話				聯絡人電話		
	戶籍地址：										
	實地居住地：										
1. 病情摘要(包括主要問題及治療經過，請以中文填寫)  2. 病情診斷(請以中文填寫) <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 藥物(酒精)性精神病 <input type="checkbox"/> 其他：_____											
3. 個案特殊問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 性不恰當行為 <input type="checkbox"/> 其他：_____											
4. 出院時服用藥物											
5. 是否為嚴重病人：是 <input type="checkbox"/> (請續填下列選項) 否 <input type="checkbox"/> (1)保護人：_____ 關係：_____											
(2)建議保護期間自_____年_____月_____日起 至_____年_____月_____日止											
(3)是否接受強制住院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>											
轉介病房		轉介醫師		轉介聯絡人		聯絡電話		轉介日期			
接受轉介衛生所追蹤報告	處理情形及建議事項：          收到日期_____年_____月_____日 寄回日期_____年_____月_____日 訪視者簽名：_____										