

屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：潘眉如
聯絡電話：08-7320415#3637
傳真：08-7322450
電子信箱：a250733@oa.ptshg.gov.tw

受文者：屏東縣牡丹鄉高士國民小學

發文日期：中華民國114年12月1日

發文字號：屏府教學字第1145223188號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：社區心衛中心簡介、收案標準、轉介流程、轉介單 (376530000A114522318800-1.pdf、376530000A114522318800-2.pdf、376530000A114522318800-3.pdf、376530000A114522318800-4.odt)

主旨：檢送本縣社區心理衛生中心轉介資訊及心理衛生相關資源，請惠予協助公告周知，倘有需求可逕行聯繫與轉介，請查照。

說明：

- 一、依據本府衛生局114年12月1日屏衛心字第1148029589號辦理。
- 二、本縣已成立內埔區、潮州區及車城區3處社區心理衛生中心，提供民眾就近心理衛生及精神病人照護等服務(服務簡章如附件1)，學校如發現有符合旨揭條件之個案，請予以轉介，俾利提供後續服務(轉介資訊如附件2~4)，若需中心簡章亦請致電索取(08-7799979陳心輔員)。
- 三、本縣心理衛生相關資源資訊置放於衛生局網站/業務資訊/心理衛生與毒品防制/社區心理衛生中心簡介，請自行下載使用，(網址：<https://www.ptshb.gov.tw/cp.aspx?n=7B857546CCDF6A45>)。



正本：各國小、各高國中、屏東縣來義鄉望嘉國民小學
副本：本府教育處學生事務科



裝

訂

線



若有情緒困擾， 可尋求心理健康 相關資源

依舊愛我安心專線 1925

生命線 1995

孕產婦關懷諮詢 0800-870-870

男性關懷專線 0800-013-999

家庭照顧者關懷 0800-507-272

13-18歲少年關懷 0800-001-769

精神病人及家庭
照顧者諮詢專線 08-7624306

屏東縣24小時社區精神病人(疑似)
緊急諮詢服務專線 0963-204-569



社區心衛中心
官方LINE



◆ 分區資訊 ◆

內埔區

📍 地點：屏東縣內埔鄉中興路191號
(內埔鄉衛生所3樓)

☎ 電話：08-7799979

☎ 傳真：08-7799980

潮州區

📍 地點：屏東縣潮州鎮四維路20號

☎ 電話：08-7893447

☎ 傳真：08-7899835

車城區

📍 地點：屏東縣車城鄉福安路2之30號
(車城鄉衛生所3樓)

☎ 電話：08-8822789

☎ 傳真：08-8822779

服務時間：每週一至週五08:00~12:00；
13:00~17:00(例假日休息)

屏東縣政府衛生局

社區心理 衛生中心

心理健康 社區安康



屏東縣政府衛生局 關心您

社區心理衛生中心

近年來心理衛生議題逐漸受到重視，心理諮商、精神醫療及相關資源的需求不斷增加，藉由社區心理衛生中心的設立，提供民眾全面性及深化之心理衛生相關服務。

服務項目

個案服務、職能復健活動、心理衛生諮詢/諮商服務、社區心理健康講座/活動、資源轉介服務

關懷 以家庭為中心的外展關懷服務。

專業 跨專業領域人員專業諮詢。

深化 深化的處遇服務，精進精神照護。

陪伴 專業心理諮商，陪伴探索生命寶藏。

守護 深入社區服務，守護民眾心理健康。

賦能 多元復健及團體活動，賦予新能量！



各中心服務範圍



中心空間資源

心理諮商室



多功能室



團體職能治療室



屏東縣政府衛生局

社區心理衛生中心收結案標準

一、收案標準

個案類型為：

1. 精神病人(經醫師診斷患者有思覺失調症、妄想症、躁鬱症之病人)
2. 領有身心障礙證明(第一類)
3. 1 個月內重複自殺 3 次以上之個案
4. 其他

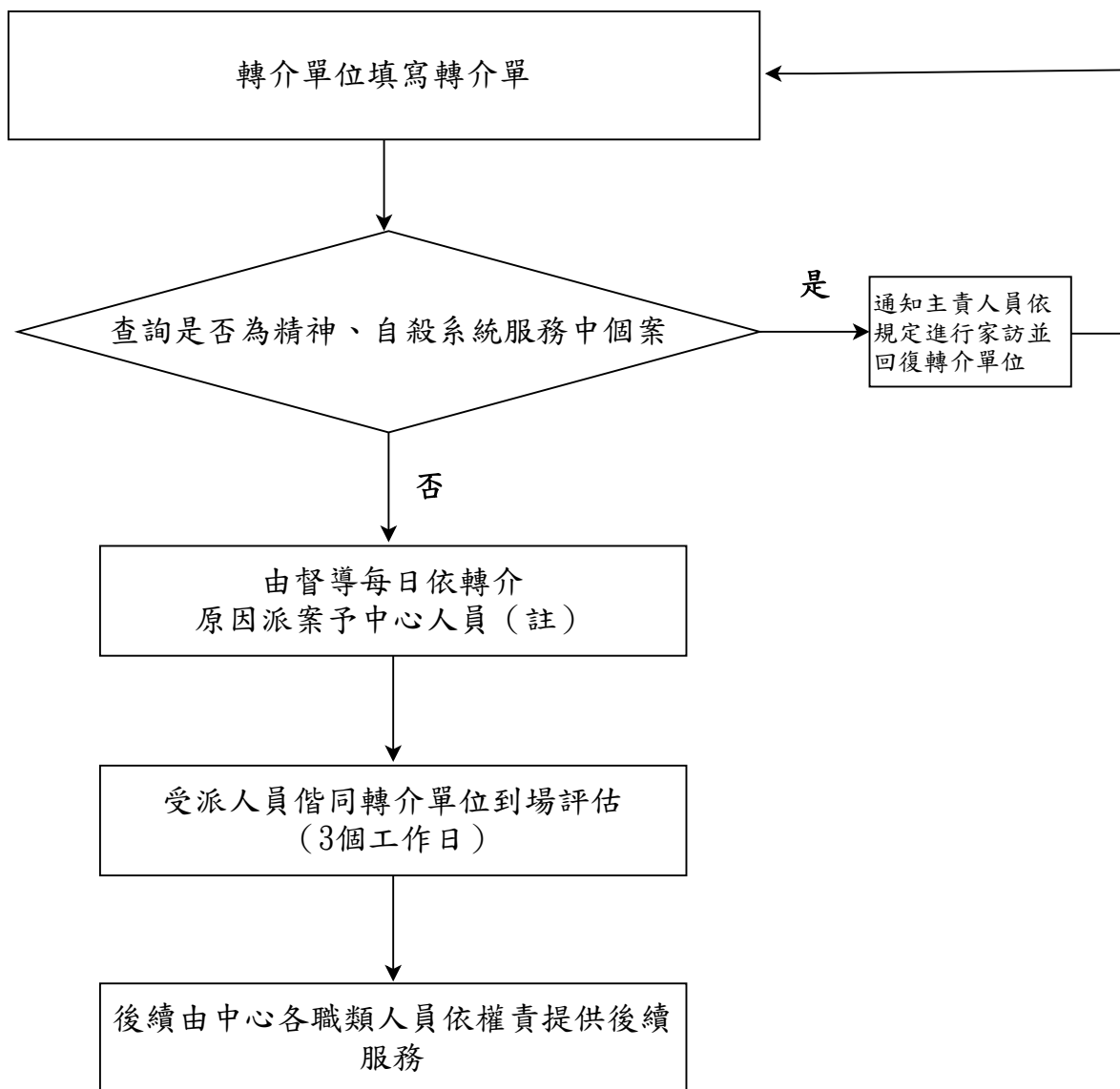
且符合以下條件之一：

1. 疑似有心理或情緒困擾。
2. 需提升日常生活處理能力。
3. 需提升社交技巧或改善人際關係。
4. 需提升輔具操作技能。
5. 需提升工作意願或改善工作態度。
6. 有身體檢查及評估需求。
7. 需提升工作能力。
8. 需增加疾病知能。
9. 需接受用藥指導。
10. 未規則就醫或服藥。
11. 有成癮防治或戒斷相關諮詢需求。
12. 其他。

二、結案標準

1. 個案死亡。
2. 入監。
3. 入住醫療機構(含「慢性病房」、「日間病房」)、精神護理之家、日間型精神復健機構(社區復健中心)、住宿型精神復健機構(康復之家)、住宿式長期照顧服務機構或其他收治個案之機構。
4. 居住地已遷出所轄行政區域。
5. 症狀或情緒穩定且明確拒絕訪視達 3 次以上(至少一次家訪)。
6. 失蹤、失聯且經 3 次訪視未遇，或經聯繫原轉介單位及村里長等確認失聯者。
7. 症狀或情緒穩定達至少 1 個月，且經外聘督導會議決議應予結案。

屏東縣政府衛生局 轉介社區心理衛生中心流程



備註：

派案說明

- (1) 具有就醫需求派案子護理師。
 - (2) 職能及生活功能評估派案子職能治療師。
 - (3) 心理諮商需求派案子諮商或臨床心理師。
- 依個案情況將調整派案人員

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

屏東縣政府衛生局社區心理衛生中心

轉介單

填表日期： 年 月 日

一、轉介資料：

轉介單位：

衛政：心衛社工 社區精神關訪員 自殺關訪員 公衛護理師

其他：社會處：_____ 長照處：_____ 教育單位：_____ 其他：

個案類型：

1. 精神病人(經醫師診斷患者有思覺失調症、妄想症、躁鬱症之病人)且非心理衛生人員服務中
個案

2. 領有身心障礙證明(第一類)之服務困難個案

3. 1個月內重複自殺3次以上之個案

◇ 疑似或具社區風險之精神病人可轉介「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，如有緊急情況，請直接撥打 110、119 或 24 小時緊急諮詢專線電話 0963-204569。

轉 介 原 因：

疑似有心理或情緒困擾 需提升日常生活處理能力 需提升社交技巧或改善人際關係

需提升輔具操作技能 需提升工作意願或改善工作態度 需有身體檢查及評估需求

需提升工作能力 需增加疾病知能 需接受用藥指導

未規則就醫或服藥 有成癮防治或戒斷相關諮詢需求 其他：

個 案 情 況 對 日 常 生 活 的 影 響 程 度：

不詳 不影響 無法自理 需他人協助 其他：

個案狀況摘要：

二、個案基本資料：

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

姓名：	身分證字號：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話：	出生年月日(民國)：	
居住地址：		
教育程度： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中(高職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其他：		
婚姻、居住狀態： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 與他人同居 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他：		
就業情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 就職中：_____ <input type="checkbox"/> 失業：_____個月 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 家管		
身份別： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 近貧戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病卡_____ <input type="checkbox"/> 其他：		
疾病診斷名稱或代碼：		
主要聯絡人：	聯絡人電話：	
與個案之關係： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 家屬_____ <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他：		
三、個案狀況：		
是否對自己的狀況有瞭解(病識感)：		
<input type="checkbox"/> 有部分病識感(知道自己異於常人但不清楚疾病內容或不願配合醫療服務)		
<input type="checkbox"/> 有病識感(知道自己異於常人且對疾病有完整的瞭解或願意配合醫療服務)		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他：		
情感方面： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高亢 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 生氣 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 低落 <input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 害怕 <input type="checkbox"/> 驚恐 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 其他：		
行為方面： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 急躁不安 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 攻擊(對自己、對他人) <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 強迫(重複性動作) <input type="checkbox"/> 整日臥床 <input type="checkbox"/> 退縮(不出房門) <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 情緒不穩 <input type="checkbox"/> 日常生活無法自理 <input type="checkbox"/> 其他：		
物質濫用情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠藥		

請傳真至以下地點

內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認

潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認

車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認

111 年 10 月制定

112 年 8 月一修

114 年 3 月二修

<input type="checkbox"/> 管制藥品或毒品		<input type="checkbox"/> 其他：	
四、身心科就醫情形：			
目前是否就醫： <input type="checkbox"/> 無(以下免填) <input type="checkbox"/> 有：			
就醫情形： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 不規律就醫 <input type="checkbox"/> 規律就醫 <input type="checkbox"/> 其他：			
服藥規則性： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 規則服藥 <input type="checkbox"/> 不規則服用 <input type="checkbox"/> 拒絕服藥			
用藥方式： <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑 <input type="checkbox"/> 其他：：			
轉介人員		連絡電話	傳真號碼 主管

-----以下部分由社區心理衛生中心人員填寫-----

個案姓名				回覆日期	年	月	日
轉介單位	轉介人員		聯絡電話				
<p>※本單位收到貴 _____，於____年____月____日轉介此個案資料，特此回復。</p> <p>※服務情形：</p> <p><input type="checkbox"/> 開案，已於____年____月____日進行訪視，如需瞭解個案情形，請洽詢電話_____，訪視人員：</p> <p><input type="checkbox"/> 已有心理衛生人員服務中，個案管理人員為：_____並於____年____月____日與您聯繫，如需瞭解個案情形，請洽詢電話_____</p> <p>※其他補充說明事項：</p> <p><input type="checkbox"/> 不開案，因於____年____月____日、____月____日及____月____日皆無法聯繫個案。</p>							
回覆人	督導		執行秘書				