

苗栗縣自殺個案轉介回復表

個案編號		分案日期	年 月 日
訪員		初訪日期	年 月 日

一、基本資料

1. 個案姓名： 2. 性別：男 女
3. 個案年齡：（出生： 年 月 日） 4. 聯絡電話：
5. 手機號碼： 6. 聯絡地址：
7. 個案是否為原住民：是 否
8. 備註：

二、轉介會辦處理

1. 轉介日期：____年____月____日
2. 個案是否為學生：
是，學校_____ 否
3. 擬轉介照會之單位（可複選）
_____衛生所 教育處 就服中心 社會處 _____醫院 其他_____
4. 轉介照會目的（可複選）
追蹤個案心理狀態 精神疾病 職訓、輔導就業 學生輔導 社會救濟
其他社會資源提供 其他_____

三、受轉介單位辦理情形

1. 回報人： 2. 回報日期：____年____月____日
3. 回報單位： 4. 聯絡電話：
5. 傳真：

6. 處理情形摘要

第一次訪視情形摘要

1. 訪視日期：____年____月____日 2. 訪視方式：家訪 電訪
3. 訪視處置建議：需持續追蹤訪視 轉介醫療院所處置 轉介其他單位 結案
4. 個案狀況：狀況穩定 仍須持續追蹤 5. 補述：

第二次訪視情形摘要

1. 訪視日期：____年____月____日 2. 訪視方式：家訪 電訪
3. 訪視處置建議：需持續追蹤訪視 轉介醫療院所處置 轉介其他單位 結案
4. 個案狀況：狀況穩定 仍須持續追蹤
5. 補述：

