

新北市政府緊急護送就醫個案急診離院回覆單

送醫後 2 日內回復中心

- 1.姓名:_____ 2.性別:____ 3.身分證號碼:_____ 4.電話:_____
- 5.出生年月日(民國):___/___/___ 6.事發日期時間:_____年___月___日上/下午___時___分
- 7.事發地址:_____
- 8.居住地址:同上 其他:_____縣_____市_____區_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓
- 9.家屬或關係人姓名:_____ 10.聯絡電話:_____ 11.其他聯絡資訊:_____

第三聯：醫院傳真並收執

精神診斷: _____ 無

徵狀評估

情感：無異狀低落高亢憂鬱緊張焦慮害怕驚恐生氣冷漠

思考：無異狀思考不連貫語無倫次
妄想 (關係被害誇大妒忌宗教罪惡被控制
身體、思想被...)
意念 (強迫殺人恐懼) (自殺請續填以下自殺個案欄位資料)

知覺：無異狀幻聽幻視嗅幻覺觸幻覺體幻覺錯覺

睡眠：無異狀失眠嗜睡譫妄

行為：無異狀激躁不安攻擊行為破壞強迫退縮
自傷自殺(自殺請續填以下自殺個案欄位資料)
整日臥床髒亂偷竊其他_____

社區照護建議：

1. 就醫需求：病情穩定已預約回診立即訪視 (無病識感)

2. 人際關係：社會適應溝通技巧其他

3. 就業問題：功能退化無技術無意願其他

自殺個案：(自殺企圖者另於自殺防治通報系統進行通報)

個案情緒激動已照會精神科

個案堅持離院已提供關懷訪視單張

個案堅持離院已由親友協助辦理離院並交付親友關照

出院方式：
MBD AAD Escape轉院

填表單位：	填表人：
-------	------

新北市政府緊急處置中心電話：(02)89519119 轉分機 6912
 傳真：(02) 8951-5696
 E-Mail:phd1240900@ntpc.gov.tw
 本單張請於每月核銷時一併檢附