

## 【精神病早期介入服務-醫院、診所轉介單】

(收案對象以 35 歲以下為主)

轉介醫療院所： \_\_\_\_\_ 轉介醫師： \_\_\_\_\_ 轉介日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

個案姓名			出生日期	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 多元性別		身分證字號			
聯絡人		聯絡人關係	聯絡電話	市話： 手機： *可聯絡時間： <input type="checkbox"/> 9:00-12:00 <input type="checkbox"/> 13:30-17:30		
聯絡地址						
教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 碩士級(以上)		教育現況	<input type="checkbox"/> 持續就學 <input type="checkbox"/> 中斷就學 <input type="checkbox"/> 已終止就學		
婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 其他					
計畫轉介告知	<input type="checkbox"/> 已告知主要照顧者 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因 _____ *知情同意，請醫師務必協助告知預計轉介 <b>精神病早期介入服務</b> ，避免家屬接受訪視時，感受不悅。					
主要照顧者	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父親/母親 <input type="checkbox"/> 祖父/母 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (如：機構工作人員)					
個案障礙程度	<input type="checkbox"/> 無身障證明 <input type="checkbox"/> 有身障證明，類別： _____ 程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度					
個案類型	<input type="checkbox"/> 具精神病風險狀態(ARMS, At Risk Mental State, 參表 1 和表 2) 若有就醫，請填寫 ICD-10 診斷： _____。 <input type="checkbox"/> 三年內初次確診(FEP, First Episode Psychosis, F20-F29、F31) ICD-10 診斷： _____； 首次症狀出現： _____年 _____月 _____日；開始治療： _____年 _____月 _____日					
CGI-S：	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 邊緣病情 <input type="checkbox"/> 輕度病情 <input type="checkbox"/> 中度病情 <input type="checkbox"/> 明顯病情 <input type="checkbox"/> 嚴重病情 <input type="checkbox"/> 極嚴重病情					
風險評估	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自傷自殺傷人行為 <input type="checkbox"/> 物質濫用： _____ <input type="checkbox"/> 生理疾病： _____					
病情摘要						

如有符合轉介類型之個案，請協助填寫轉介單並回傳，謝謝您的協助！

聯絡電話：049-2550800 轉 3335 郭個管師

 回傳信箱：[ttpc2024eip@gmail.com](mailto:ttpc2024eip@gmail.com)

「嚴重情緒行為者精神醫療就醫障礙改善及精神病早期介入計畫」由衛生福利部贊助執行



表 1：思覺失調症及相關精神病的分期

# 思覺失調症及 相關精神病的分期

臨床分期	定義
0	增加精神病風險（一等親當中有思覺失調症患者） 無症狀
1a	輕微或非特異的精神病症狀，包含認知缺損 輕微功能變化或下降
1b	精神病之超高風險群（Ultra-High Risk, UHR） 中度但未達診斷閾值的精神病症狀，伴隨中度認知功能 改變及功能下降或慢性功能不佳
2	首次發作精神病：達到診斷精神病之閾值，伴隨中度到 重度的症狀、認知功能缺損及功能下降（整體功能評估 分數，GAF 30-50分） 包含急性及早期恢復期
3a	未完全從首次發作精神病中緩解
3b	復發或再發之精神病經治療後穩定，但功能、殘餘症狀 或認知比首次發作緩解時下降
3c	多次復發伴隨臨床症狀惡化及受疾病影響程度增加
4	由症狀、認知及失能狀況評估為嚴重、持續或未緩解 之疾病



本計畫由衛生福利部贊助執行

表 2：篩檢工具：中文版疑似精神病前期簡易自填量表

# 1 分鐘速測腦健康

關心您的心理狀態

請依照直覺回答下列描述是否符合自己的近況：	是	否
1 我到人多的地方，無法應付那種壓力很大的感覺。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 我覺得我無法親近別人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 我做什麼事情，都提不起勁。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 我覺得腦力不夠，想一下事情，唸一些東西，就覺得疲倦。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 當有別人在場時，我大部分時間都保持沉默。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 我有時會擔心朋友或同事對自己不忠或不值得信任。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 我盡量不透露自己的心聲。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 如果必須在一大群人面前講話，我會覺得非常的焦慮不安。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 我做事(唸書)不能持久，一下子就想休息。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 我覺得對什麼事情，總是處理得不好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 我不會表情生動的講話。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 我不善於社交禮儀的應對。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 當你看到別人在交談時，會懷疑他們正在談論你嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 你是不是常常從別人的談話或作為上，發覺背後藏有威脅或怪罪的味道？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 會不會聽到某些音、叫聲、或叫自己名字的聲音呢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 檢測結果小提醒：

1. 此自我檢測篩檢表，僅作為自我篩檢用，其目的是要提醒您，是否有思覺功能之可能困擾。並非表示符合下列 2.與 3.之篩選結果，就是可能有思覺失調之症狀。
2. 若回答 8 題以上為「是」者，建議向身心科、精神科醫師諮詢。
3. 若回答第 1、2、15 題任一題為「是」，且回答「是」達 3 至 7 題者，建議向身心科、精神科醫師進行諮詢。
4. 若未符合上述 2.與 3.之情形，但自覺有思考與知覺困擾，也值得諮詢專業人員。

量表發展者：台灣大學醫學院附設醫院劉震鐘 醫師

本計畫由衛生福利部贊助執行



衛生福利部



Ministry of Health and Welfare  
草屯療養院  
TSAOTUN PSYCHIATRIC CENTER