

補助項目	執行機構	說明
一、酒癮治療費用補助方案	1. 衛生福利部臺東醫院 2. 臺北榮民總醫院臺東分院 3. 東基醫療財團法人台東基督教醫院 4. 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	<p>(一)目的：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藉由補貼自費酒癮治療費用，降低個案就醫經濟負擔，提升治療動機 2. 促進醫療機構投入酒癮醫療服務、多元酒癮醫療服務發展、深化治療品質，提升酒癮治療效果 3. 落實個案管理服務及共病照護，促進個案減酒或預防復發，改善身心健康，減少酒癮問題對公共衛生與社會治安之危害 <p>(二)對象：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自願接受酒癮治療者 2. 主動求助 3. 司法轉介 4. 受酒駕吊銷駕駛執照重新申請考照(需自費，但領有低收、中低收入戶之個案可補助) <p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 上述 1-3 之對象，每人每年度累計補助額度以 4 萬元整為限，酒癮治療藥物之藥品費及藥事服務費累計補助以 2 萬元為限。 <p>諮詢電話：089-331532、0800-500950</p> <p>(三)檢附酒癮個案轉介單</p>

酒癮戒治個案轉介單

113.12.31修訂

轉介日期：

個案來源 (網絡單位)	<input type="checkbox"/> 台東地方檢察署 <input type="checkbox"/> 台東地方法院 <input type="checkbox"/> 台東監理站 <input type="checkbox"/> 台東縣政府社會處 <input type="checkbox"/> 台東縣警察局 <input type="checkbox"/> 台東就業服務中心 <input type="checkbox"/> 其他：				
轉介單位		轉介者		聯絡電話	
姓名		生日		年齡	
身分證號		性別		聯絡電話	
居住地址					
聯絡人	姓名		關係		聯絡電話
	居住地址				
受轉介醫院機構					
個案概況					
轉介目的	<input type="checkbox"/> 酒癮評估治療 <input type="checkbox"/> 其他說明：				
資料建立單位	臺東縣衛生局	資料建立者		單位主管	

臺東縣衛生局聯絡電話：089-331532，傳真電話：089-342418
 民眾戒酒諮詢專線：0800-500950

臺東縣補助方案及補助資源

補助項目	執行機構	說明
<p>二、藥癮治療費用補助方案</p>	<p>1. 衛生福利部臺東醫院 2. 臺北榮民總醫院臺東分院 3. 東基醫療財團法人台東基督教醫院</p>	<p>(一)目的：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 補貼自費藥癮醫療費用，降低個案就醫障礙，提升治療動機 2. 促進醫療機構投入藥癮醫療服務，多元並完善藥癮醫療服務發展，提升治療效果 3. 深化個案管理服務與強化相關共病照護，促進個案身心健康，減少藥癮問題對公共衛生與社會治安之危害 <p>(二)對象：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藥癮者 2. 主動求助 3. 司法轉介 <p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 18 歲以下個案每人每年度累計補助額度以 <u>4 萬元整</u> 為限 2. 成年個案每人每年度累計補助額度以 <u>3 萬 5000 元整</u> 為限 <p>諮詢電話：089-325995、0800-770885</p> <p>(三)檢附檢附藥癮治療轉介單</p>

臺東縣毒品危害防制中心藥癮治療轉介單

轉介日期： 年 月 日

姓名：	年齡： 歲	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號：	出生年月日：	
本人聯絡住址：		
本人連絡電話：		
聯絡人：	關係：	聯絡電話：
補助來源： <input type="checkbox"/> 衛福部心健司 <input type="checkbox"/> 衛福部疾管署		
個案來源： <input type="checkbox"/> 期滿出監 <input type="checkbox"/> 假釋(期滿) <input type="checkbox"/> 緩刑 <input type="checkbox"/> 緩起訴 <input type="checkbox"/> 裁罰講習 <input type="checkbox"/> 法院裁定保護管束少年 <input type="checkbox"/>		
轉介(<input type="checkbox"/> 台東地檢署 <input type="checkbox"/> 社會處 <input type="checkbox"/> 教育單位:_____)		
<input type="checkbox"/> 民間單位:_____ <input type="checkbox"/> 其他:_____)		
<input type="checkbox"/> 自行求助 (得知訊息管道: <input type="checkbox"/> 諮詢專線 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 衛生所)		
<input type="checkbox"/> 其他_____)		
目前物質濫用情形(可複選)：		
一級： <input type="checkbox"/> 海洛因(是否願意參加替代療法： <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意) <input type="checkbox"/> 嗎啡 <input type="checkbox"/> 古柯鹼 <input type="checkbox"/> 其他：		
二級： <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> MDMA(快樂丸 or 搖頭丸) <input type="checkbox"/> 其他		
三級： <input type="checkbox"/> 愷他命 <input type="checkbox"/> 青發 or 紅中 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 其他：		
施用方式(可複選)： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 鼻吸粉末 <input type="checkbox"/> 燒煙 <input type="checkbox"/> 捲菸 <input type="checkbox"/> 肌肉注射 <input type="checkbox"/> 靜脈注射		
<input type="checkbox"/> 其他：		
初次使用年齡：		
使用原因(可複選)： <input type="checkbox"/> 好奇心 <input type="checkbox"/> 朋友引誘 <input type="checkbox"/> 工作不如意 <input type="checkbox"/> 婚姻感情不如意		
<input type="checkbox"/> 想追求快感 <input type="checkbox"/> 逃避現實 <input type="checkbox"/> 為了面子 <input type="checkbox"/> 無聊 <input type="checkbox"/> 對未來感到無希望		
<input type="checkbox"/> 提神 <input type="checkbox"/> 提高性能力 <input type="checkbox"/> 對藥物認知不足 <input type="checkbox"/> 對法律認知不足 <input type="checkbox"/> 其他：		

轉介單位:臺東縣衛生局

填表人:

受轉介醫院: 衛生福利部臺東醫院 臺北榮民總醫院臺東分院 台東基督教醫院
衛生福利部玉里醫院 臺北榮民總醫院玉里分院 屏安醫院

轉介原因

回 覆 結 果 回覆日期: 年 月 日

個案姓名:

建議提供藥癮戒治治療:替代治療門診 一般精神科門診戒癮治療 其他:

治療建議補充說明:

不符合治療標準原因如下:

- 未滿 20 歲，且無法定監護人同意
- 對替代用藥有嚴重之過敏反應者
- 有立即危害可能之生理疾病者:嚴重肝臟疾病有嚴重呼吸系統疾病
使用抑制 CYP3A4 酵素的藥物
- 合併嚴重精神疾病，且目前症狀仍活躍者
- 嚴重反社會人格行為者，且對工作人員暴力、威脅、恐嚇等
- 對治療內容無法配合參與者
- 其他:

回覆單位: 衛生福利部臺東醫院 臺北榮民總醫院臺東分院
衛生福利部玉里醫院屏安醫院 慈惠醫院 臺北榮民總醫院玉里分院 高雄凱旋醫院

評估者: _____

臺東縣補助方案及補助資源

補助項目	執行機構	說明
<p>三、疑似或社區精神病人照護優化計畫</p>	<p>臺北榮民總醫院臺東分院</p>	<p>(一)目的： 為落實精神衛生法及保障病人就醫權利，本部陸續建構社區精神病人強制住院、出院準備服務、出院後之復健、轉介及追蹤保護等機制，使病人得以依其個人需求獲得適當的就醫協助及照護</p> <p>(二)對象：(須符合以下其中之一)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非追蹤關懷之護送就醫病人 2. 衛生局追蹤保護中之困難精神病個案 3. 社區危機處理後之精神病個案 4. 網絡轉介疑似精神病人經評估確立診斷後，需積極醫療處置之精神病個案 5. 其它類： <ol style="list-style-type: none"> 5-1. 門診或急診醫師建議住院，但不願意住院精神病個案 5-2. 警、消人員協助送醫精神病個案 5-3. 強制住院送審後，未住院精神病個案 <p>諮詢電話：089-230295</p> <p>(三)檢附疑似精神病人個案轉介及回覆單</p>

114 年度疑似精神病人個案轉介及回覆單/第 4 類轉介單 *為必填

請傳真至 (00)000-0000 Abc123@gov. tw	聯絡電話： (00)000-0000 000 衛生局 聯絡人	轉介注意事項： 1. 請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2. 必須配合醫療機構共訪機制，且個案/家屬可聯繫。 3. 由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4. 請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」。	
*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="radio"/> 已告知主要照顧者 <input type="radio"/> 無法告知，原因 _____ *請轉介單位務必告知預計轉介醫療機構關懷，避免家屬接受訪視時，感受唐突。		
*主要照顧者/重要關係者	姓名/ _____ 關係/ _____ 電話/是否同住： <input type="radio"/> 是、 <input type="radio"/> 否 可協助訪視事宜者，關係：太太/兒子/鄰里長/社工		
*主要問題內容	<input type="checkbox"/> 1. 暴力攻擊或有暴力攻擊之虞： <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 傷人之虞 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 自傷之虞 <input type="checkbox"/> 2. 社區干擾/破壞： <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞 <input type="checkbox"/> 預期性傷害危險(<input type="radio"/> 未曾發生過 <input type="radio"/> 曾經發生過) <input type="checkbox"/> 3. 因無接受治療而造成無法自我照顧(請描述)： _____ <input type="checkbox"/> 4. 其他(請描述)： _____		
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果： _____ <input type="radio"/> 無		
<h3 style="margin: 0;">第 4 類個案轉介機構/單位</h3>			
*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系【 <input type="checkbox"/> 家暴通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 性侵害通報(<input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人) <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報】 <input type="radio"/> [社政]社福體系(<input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他： _____) <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心(<input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他： _____) <input type="radio"/> [衛政]Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政、消防體系 <input type="radio"/> 社區民政體系(<input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 社區民眾) <input type="radio"/> 其他： _____		
*轉介目的	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他： _____		

*個案概況描述	最近一次家訪日期：__年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 〔轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視〕			
備註				
*轉介單位	<input type="radio"/> 可配合共訪 <input type="radio"/> 無法配合共訪		電子信箱	
*電話	電話：	分機	傳真	
*轉介日期		*轉介人 核章		*主管 核章

114 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單

*衛生局 家訪紀錄	訪視日期：			
*衛生局 家訪人員核章		*單位主管核章		
<input type="radio"/> 轉介醫療機構，由_____提供評估服務 <input type="radio"/> 個案有診斷，改為高風險第1類收案，由_____提供服務 <input type="radio"/> 為衛生局服務個案，由 <input type="checkbox"/> 公共衛生護理師 <input type="checkbox"/> 社區關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 心衛社工 <input type="checkbox"/> 自殺防治關懷員 關懷中。請聯繫_____，電話：_____分機_____。				
<input type="radio"/> 暫不轉介： <input type="radio"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="radio"/> 個案主要需求非衛生機關服務項目，不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____				
〔註：已住院/門診/居家治療、搬遷、拒訪、羈押中、重複轉介〕				
衛生局 派案日期	114年__月__日	評估人員		單位主管

114 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單

已於__年__月__日，進行聯繫		<input type="radio"/> 已__年__月__日前往，但無法成功接觸個案 <input type="radio"/> 羈押中 <input type="radio"/> 生理疾病住院 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____		
<input type="radio"/> 住院，入住_____醫院 <input type="radio"/> 門診/居家治療 <input type="radio"/> 失聯(已依失聯 SOP 處理) <input type="radio"/> 搬遷 <input type="radio"/> 拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理)		其他補充事項：		
*醫院 回覆日期	114年__月__日	*經辦人員核章		*單位主管 核章
*衛生局 回覆日期	114年__月__日	*衛生局 人員核章		*衛生局主管 人員核章

臺東縣補助方案及補助資源

補助項目	執行機構	說明
<p>四、社區心理衛生中心心理諮商服務</p>	<p>行動心理師</p>	<p>(一)目的： 社區心理衛生中心為公費(免費)服務，優先提供精神疾患、高風險個案、弱勢族群民眾及其家人服務，以增加社會支持力量。一般民眾申請服務，會依民眾問題類型來評估提供心理諮商服務</p> <p>(二)對象： 1. 精神疾患 2. 高風險個案 3. 弱勢族群民眾及其家人</p> <p>備註： 1 一般民眾、網絡單位轉介諮商限 6 次 2. 諮詢電話：089-230598</p> <p>(三)檢附心理諮商申請單</p>

臺東縣社區心理衛生中心

心理諮商申請單

113.09.10 修訂

案號：

申請日期： 年 月 日

轉介單位				主要聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> E-mail	
轉介者		職稱		聯絡電話		
E-mail						
轉介/初談前 確認事項	<input type="checkbox"/> 已取得案主同意 -案主須有意願接受服務，並同意能配合服務相關事項，且經評估後，個案之需求為本中心可提供後續服務者。若經評估後個案需求非本中心所能提供服務，則轉介其他資源。 注意：本中心無指定心理師之服務。					
個案分類	<input type="checkbox"/> 憂鬱及焦慮相關症狀 <input type="checkbox"/> 最近 6 個月內曾被診斷過有精神官能症，並經精神科醫師評估轉介者 <input type="checkbox"/> BSRS-5 10-14 分 <input checked="" type="checkbox"/> 或出現以下症狀持續兩週以上 <input type="checkbox"/> 心情低落鬱悶、失去快樂/喜悅的感受 <input type="checkbox"/> 莫名的焦慮緊張 <input type="checkbox"/> 不尋常的害怕情緒 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 感覺浮躁、不耐煩、無法專心或心中一片空白 <input type="checkbox"/> 飲食或睡眠失調 <input type="checkbox"/> 無用感、無價值感等負面思想 <input type="checkbox"/> 坐立不安或過少活動		<input type="checkbox"/> 照顧者議題 <input type="checkbox"/> 老老照顧、長期或重大疾病照顧者、家庭照顧者、職場照顧者(一邊工作一邊需照顧家屬)及幼兒照顧者 <input type="checkbox"/> 最近 6 個月內個人面臨重大生活事件(例如：喪親、離異、家暴、家變等) <input type="checkbox"/> 處於高壓力狀態下，已產生心理/情緒困擾與身心徵狀，且已對個人功能，產生負面影響者		<input type="checkbox"/> 重大意外事件引發 <input type="checkbox"/> 重大意外事件需危機介入者 <input checked="" type="checkbox"/> 最近 6 個月內面臨重大意外事件，出現以下症狀持續一個月以上 <input type="checkbox"/> 與創傷事件相關反覆之痛苦回憶或夢境，或是類似情境引發之強烈心理痛苦或生理反應 <input type="checkbox"/> 持續逃避與此創傷有關之刺激 <input type="checkbox"/> 麻木反應 <input type="checkbox"/> 過度警覺，如難以入睡或難以維持睡眠、易怒、注意力不集中、易受驚嚇 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)	
個案姓名		身分證字號		學歷	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 碩士或以上	
生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	感情狀態(請複選)		1.未婚/已婚/離婚/喪偶 2.單身/交往中 3.同居/分居
服務單位		職稱		語言	生日	年 月 日
聯絡電話						
聯絡地址						
緊急聯絡人		電話			關係	

問題類型 若有多項問題類型，標記緊急/重要程度排序 1 為最重要、2 為其次，依此類推	___人際關係 ___家庭議題 ___親子溝通 ___親密關係 ___性別議題 ___情緒困擾 ___受暴/目睹暴力 ___創傷事件 ___喪親失落 ___疾病適應 ___成癮問題 ___(反覆)自傷/自殺意念 ___(反覆)自傷/自殺行為 ___照顧壓力 ___職場壓力 ___生活適應 ___自我探索 ___其他：_____	家系圖	
--	---	------------	--

社福資源運用情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類型：○社會福利 ○法律諮詢 ○特殊教育 ○其他：_____
-----------------	--

個人及家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自身曾就診或家中成員有身心科病史，請敘明診斷或問題： <input type="checkbox"/> 生理疾病史(如過敏、氣喘、高血壓、癌症、慢性病、動過的手術)，請敘明個案狀況：
----------------	---

個案簡略身心狀況評估	附件一簡式健康量表 BSRS-5 計分： 分 (必填，並附上施測結果) ※如有出現上述欄位未出現之身心、情緒反應，請列舉並說明持續時間
-------------------	---

轉介者評估、諮商目標與諮商期待	個案處境敘述/進案原因(例，自殺通報、精照列管):					
	已介入處遇及效果:					
	個案諮商目標與期待:					

無法接受服務時間 (以×標記)		週一	週二	週三	週四	週五
	上午					
	下午					
	夜間					

請貴單位填妥上列個案轉介資料及下頁簡式健康表(BSRS-5)後，回傳至臺東市社區心理衛生中心

email to : ttshbmh230295@taitung.gov.tw 或傳真 to: 089-230577

如有疑問請洽 089-230598，本中心接獲轉介單後，將盡速與您聯絡

臺東縣補助方案及補助資源

補助項目	執行機構及說明	說明
<p>五、15-45 歲青壯世代心理健康支持方案</p>	<p>心理諮商/治療所：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 凝鏡心理治療所 (連絡電話 0906-363088, 須自付場地費 400 元) 2. 心鏡心理諮商所 (連絡電話 0901-063035, 需自付行政費 300 元) 3. 第 3 空間心理諮商所 (LINE 官方帳號@361tbmgk, 需自付行政費 300 元) 4. 茁然谷心理諮商所 (連絡電話 0965-518580, 無自付費用) 5. 美好心理諮商所 (連絡電話 0972-977477, 僅第一次諮商需自付行政費 200 元) <p>醫療機構：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生福利部臺東醫院 (連絡電話 089-324112, 需自付醫院掛號費及門診基本部分負擔) 2. 衛生福利部臺東醫院成功分院 (連絡電話 089-854748, 需自付醫院掛號費及門診基本部分負擔) 	<p>(一)目的：</p> <p>憂鬱症被世界衛生組織(WHO)列為 21 世紀人類健康頭號殺手之一，且近年來有年輕化趨勢。2022 年《美國醫學會期刊網路》(JAMA Network Open)指出，年輕族群高達五成以上患者沒有求助或接受治療，「費用」與「不知何處獲得協助」為年輕人不求助的主因，故鼓勵有心理諮商需求的年輕朋友勇於求助，並加強心理諮商與精神醫療資源的可近性、建立正確就醫觀念，以促進心理健康。</p> <p>(二)對象：</p> <p>1. 15-45 歲有心理諮商需求之青壯年族群，一位民眾以 3 次為限</p> <p>備註：只限補助心理諮商費用，不包含醫院掛號費及門診基本部分負擔，機構行政費用</p>