

精神病患或疑似精神病患護送鑑定及就醫申請單

年 月 日

申請人自行填寫

| | | | | | |
|--|---|------|--|----|--|
| 病患姓名 | | 性別 | | 電話 | |
| 身份字號 | | 出生日期 | | | |
| 戶籍地址 | | | | | |
| 通訊地址 | (<input type="checkbox"/> 同戶籍地址) | | | | |
| 家屬或關係人資料 | | | | | |
| 姓名 | | 關係 | | | |
| 電話(日) | | 行動電話 | | | |
| 聯絡地址 | | | | | |
| 申請人資料 (<input type="checkbox"/>與家屬及關係人資料相同) | | | | | |
| 申請時間 | | 發現地點 | | | |
| 申請人姓名 | | 連絡電話 | | | |
| 申請人簽章 | | 關係 | | | |
| 聯絡地址 | | | | | |
| 申請送醫事由 | <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 自傷、自殺 <input type="checkbox"/> 公共危險(放火、揚言殺人) <input type="checkbox"/> 未按時服藥 <input type="checkbox"/> 緊急警訊(症狀突然惡化、煩躁不安、睡眠差...) <input type="checkbox"/> 重大事件發生 <input type="checkbox"/> 家屬送醫困難，請求協助 <input type="checkbox"/> 其他 案情概述：_____ | | | | |

| | | | | | |
|------------|---|------|---|--|--|
| 辦理情形 | <input type="checkbox"/> 自行就醫(門診) <input type="checkbox"/> 再觀察 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 已強制就醫 醫院名稱：_____ | | | | |
| 強制就醫事前處置情形 | <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 滴劑 <input type="checkbox"/> 約束帶 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 已協助緊急送醫 醫院名稱：_____ | | | | |
| 護送單位及人員 | | | | | |
| 配合單位及人員 | | | | | |
| 送達醫院簽章 | | 處理情形 | <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 急診留觀 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| 承辦人 | 單位主管 | | | | |
| 備註 | 一、表格由護送人員協助填寫，護送單位應於送達醫院簽章後傳真至本局，傳真電話 4-25157807。(表單請以正楷書寫清晰) 二、護送或配合單位請填寫單位名稱及人員姓名，以利本局函文本縣警察局、消防局敘獎事宜。 | | | | |

| 家屬或申請人對送醫過程滿意度 | 非常滿意 | 滿意 | 尚可 | 不滿意 | 非常不滿意 |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 對衛生所護理人員 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 對警員 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 對消防局(119救護車)人員 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 對醫院單位醫師或護理、醫事人員 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【註】不滿意的原因：_____ | | | | | |