檔　　號:
保存年限:

# 屏東縣政府 函

地址：900219屏東縣屏東市自由路527號
聯絡人：白叔幼
聯絡電話：087320415#3635
傳真：08-7322450
電子信箱：252166@pthg.gov.tw

受文者：屏東縣枋山鄉加祿國民小學

發文日期：中華民國115年11月23日
發文字號：屏府教學字第1155221140號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文（376530000A115522114000-1.pdf、376530000A115522114000-2.pdf、376530000A115522114000-3.pdf、376530000A115522114000-4.odt）

主旨：檢送屏東縣社區心理衛生中心轉介資訊及心理衛生相關資源手冊，請查照。

說明：

一、依據本府衛生局115年11月19日屏衛心字第1158032377號函辦理。

二、本縣已成立內埔區、潮州區及車城區3處社區心理衛生中心，提供民眾就近心理衛生及精神病人照護等服務(中心簡章如附件1)，如發現符合條件之個案，請予以轉介，俾利提供後續服務(轉介資訊如附件2~4)，若需中心簡章使用，歡迎來電索取(請洽詢各社區心理衛生中心心輔員)。

三、本縣心理衛生資源手冊置放於衛生局網站/業務資訊/心理衛生與毒品防制/社區心理衛生中心簡介，請自行下載使用(網址： https://www.ptshb.gov.tw/cp.aspx?n=7B857546CCDF6A45)，請惠予協助推廣，倘有需求可逕自聯繫與轉介。

正本：各高國中、各國小

副本：本府教育處學生事務科 電子公文交換章 2026/11/23 09:20:58

# 若有情緒困擾，可尋求心理健康相關資源

| | |
|---|---|
| 依舊愛我安心專線 | 1925 |
| 生　命　線 | 1995 |
| 孕產婦關懷諮詢 | 0800-870-870 |
| 男性關懷專線 | 0800-013-999 |
| 家庭照顧者關懷 | 0800-507-272 |
| 13-18歲少年關懷 | 0800-001-769 |
| 精神病人及家庭照顧者諮詢專線 | 08-7624306 |
| 屏東縣24小時社區精神病人(疑似)緊急諮詢服務專線 | 0963-204-569 |



社區心衛中心
官方LINE

LINE

## ✦ 分區資訊 ✦

### 內埔區

地點:屏東縣內埔鄉中華三街63號
(內埔鄉衛生所3樓)
電話:08-7799979
傳真:08-7799980

### 潮州區

地點　屏東縣潮州鎮永坤路107號2樓
電話:08-7893447
傳真:08-7899835

### 車城區

地點:屏東縣車城鄉福安路2之30號
(車城鄉衛生所3樓)
電話:08-8822789
傳真:08-8822779

服務時間:每週一至週五08:00~12:00；
13:00~17:00(例假日休息)

廣告

屏東縣政府衛生局

# 社區心理衛生中心

心理健康　社區安康



# 社區心理衛生中心

近年來心理衛生議題逐漸受到重視，心理諮商、精神醫療及相關資源的需求不斷增加，藉由社區心理衛生中心的設立，提供民眾全面性及深化之心理衛生相關服務。

## 服務項目

個案服務、職能復健活動、心理衛生諮詢/諮商服務、社區心理健康講座/活動、資源轉介服務

**關懷** 以家庭為中心的外展關懷服務。

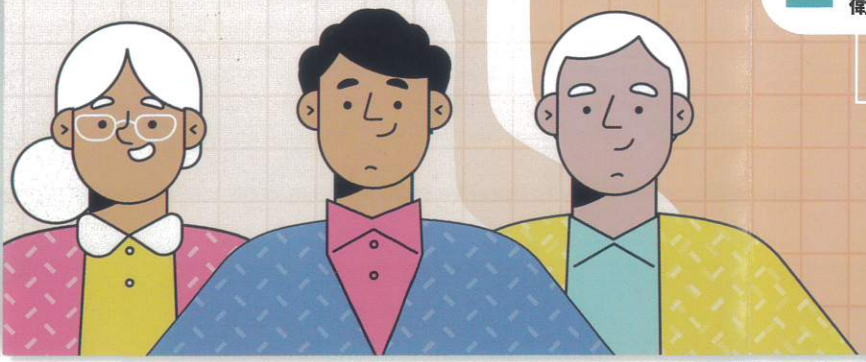
**專業** 跨專業領域人員專業諮詢。

**深化** 深化的處遇服務，精進精神照護。

**陪伴** 專業心理諮商，陪伴探索生命寶藏。

**守護** 深入社區服務，守護民眾心理健康。

**賦能** 多元復健及團體活動，賦予新能量！



# 各中心服務範圍




# ✦ 中心空間資源 ✦

## 心理諮商室



## 多功能室



## 團體職能治療室



111 年 10 月制定
112 年 8 月修訂

# 屏東縣政府衛生局

# 社區心理衛生中心收結案標準

## 一、收案標準

個案類型為:

1. 精神病人(經醫師診斷患者有思覺失調症、妄想症、躁鬱症之病人)
2. 領有身心障礙證明(第一類)
3. 1 個月內重複自殺 3 次以上之個案
4. 其他

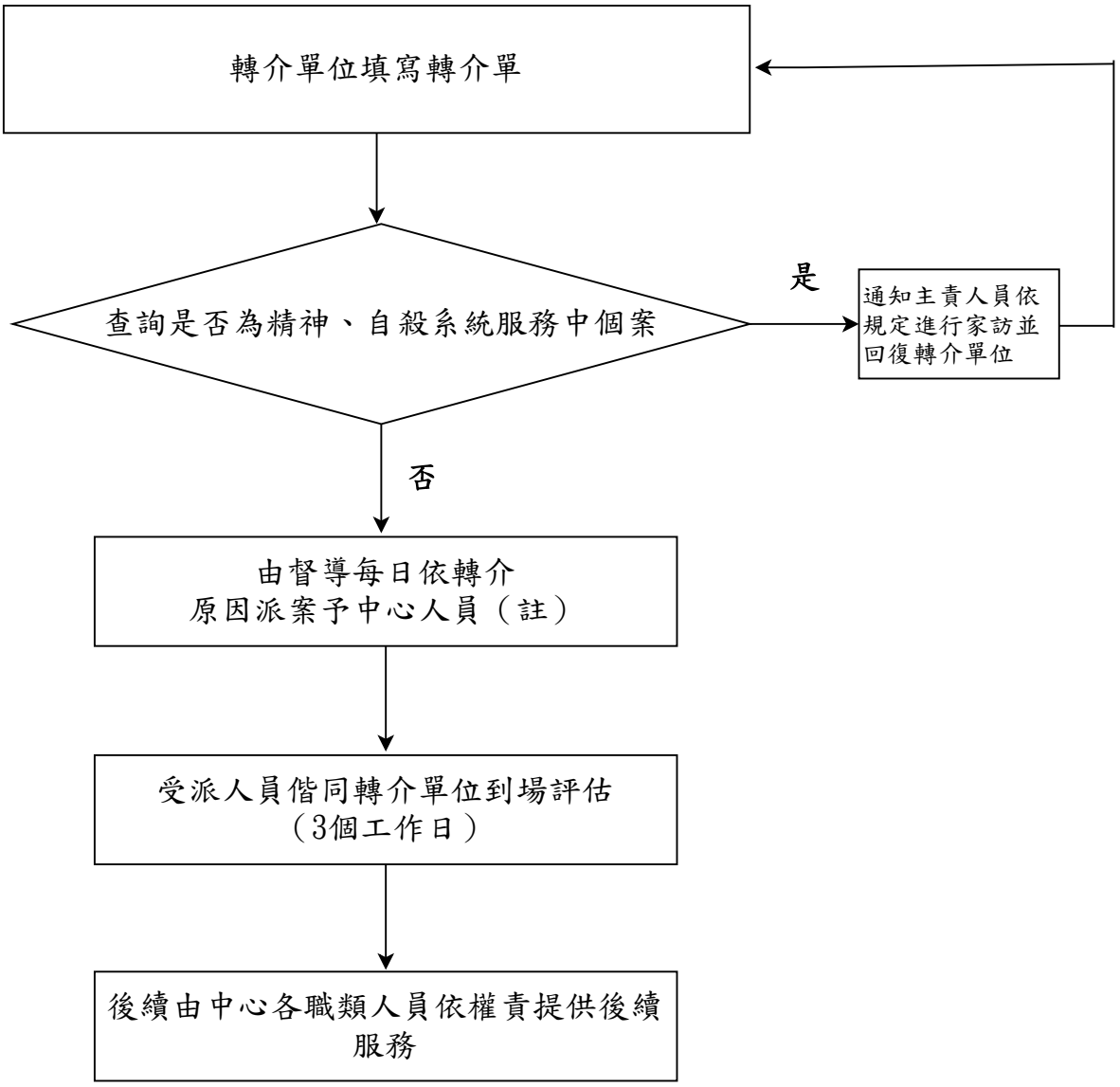
且符合以下條件之一：

1. 疑似有心理或情緒困擾。
2. 需提升日常生活處理能力。
3. 需提升社交技巧或改善人際關係。
4. 需提升輔具操作技能。
5. 需提升工作意願或改善工作態度。
6. 有身體檢查及評估需求。
7. 需提升工作能力。
8. 需增加疾病知能。
9. 需接受用藥指導。
10. 未規則就醫或服藥。
11. 有成癮防治或戒斷相關諮詢需求。
12. 其他。

## 二、結案標準

1. 個案死亡。
2. 入監。
3. 入住醫療機構(含「慢性病房」、「日間病房」)、精神護理之家、日間型精神復健機 構(社區復健中心) 、住宿型精神復健機構(康復之家)、住宿式長期照顧服務機構或其他收治個案之機構。
4. 居住地已遷出所轄行政區域。
5. 症狀或情緒穩定且明確拒絕訪視達 3 次以上(至少一次家訪)。
6. 失蹤、失聯且經 3 次訪視未遇，或經聯繫原轉介單位及村里長等確認失聯者。
7. 症狀或情緒穩定達至少 1 個月，且經外聘督導會議決議應予結案。

# 屏東縣政府衛生局
# 轉介社區心理衛生中心流程




備註：

派案說明

(1) 具有就醫需求派案予護理師。

(2) 職能及生活功能評估派案予職能治療師。

(3) 心理諮商需求派案予諮商或臨床心理師。

依個案情況將調整派案人員

請傳真至以下地點
內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認
111 年 10 月制定
潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認
112 年 8 月一修
車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認
114 年 3 月二修

# 屏東縣政府衛生局社區心理衛生中心

# 轉介單

**填表日期：　年　月　日**

一、轉介資料：

轉介單位：

衛政: □心衛社工　□社區精神關訪員　□自殺關訪員　□公衛護理師

其他: □社會處:_____　□長照處:_____　□教育單位:_____　□其他:

個案類型：

1. □精神病人(經醫師診斷患者有思覺失調症、妄想症、躁鬱症之病人)且非心理衛生人員服務中個案
2. □領有身心障礙證明（第一類）之服務困難個案
3. □1 個月內重複自殺 3 次以上之個案

✧ 疑似或具社區風險之精神病人可轉介「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，如有緊急情況，請直接撥打 110、119 或 24 小時緊急諮詢專線電話 0963-204569。

轉介原因：

□疑似有心理或情緒困擾　□需提升日常生活處理能力　□需提升社交技巧或改善人際關係

□需提升輔具操作技能　□需提升工作意願或改善工作態度　□需有身體檢查及評估需求

| |
|---|
| □需提升工作能力　□需增加疾病知能　□需接受用藥指導<br>□未規則就醫或服藥　□有成癮防治或戒斷相關諮詢需求　□其他: |
| 個案情況對日常生活的影響程度：<br>□不詳　□不影響　□無法自理　□需他人協助　□其他: |
| 個案狀況摘要： |
| 二、個案基本資料： |

| | | |
|---|---|---|
| 姓名: | 身分證字號： | 性別：□男　□女 |
| 聯絡電話： | 出生年月日(民國)： | |
| 居住地址： | | |
| 教育程度：□不詳　□不識字　□小學　□中學　□高中(高職)<br>□專科　□學士　□碩士　□博士　□其他: | | |
| 婚姻、居住狀態：□不詳　□單身　□已婚　□與他人同居　□獨居　□其他: | | |

就業情形：□不詳 □就職中:_____ □失業:_____個月 □退休 □家管

身份別：□不詳 □一般戶 □低收入戶 □中低收入戶 □近貧戶
□身心障礙手冊_____ □重大傷病卡_____ □其他:

疾病診斷名稱或代碼:

主要聯絡人： | 聯絡人電話：

與個案之關係：□不詳 □家屬_____ □朋友 □其他:

**三、個案狀況：**

是否對自己的狀況有瞭解（病識感）：

□有部分病識感（知道自己異於常人但不清楚疾病內容或不願配合醫療服務）

□有病識感（知道自己異於常人且對疾病有完整的瞭解或願意配合醫療服務）

□無 □其他:

情感方面：□不詳 □正常 □高亢 □興奮 □生氣 □憂鬱 □低落
□緊張 □焦慮 □害怕 □驚恐 □冷漠 □其他:

| |
|---|
| 行為方面：□不詳 □正常 □急躁不安 □自傷 □攻擊(對自己、對他人) □破壞 □強迫(重複性動作) □整日臥床 □退縮(不出房門) □失眠 □情緒不穩 □日常生活無法自理 □其他: |
| 物質濫用情形：□不詳 □無 □酒 □安眠藥 □管制藥品或毒品 □其他: |
| **四、身心科就醫情形：** |
| 目前是否就醫：□無(以下免填) □有: |
| 就醫情形: □不詳 □無 □拒絕就醫 □不規律就醫 □規律就醫 □其他: |
| 服藥規則性: □不詳 □規則服藥 □不規則服用 □拒絕服藥 |
| 用藥方式： □不詳 □無 □口服 □針劑 □滴劑 □其他: : |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 轉介人員 | | 連絡電話 | | 傳真號碼 | | 主管 | |

--------以下部分由社區心理衛生中心人員填寫--------

請傳真至以下地點
內埔區社區心衛中心：08-7799980 並致電 08-7799979 確認
111 年 10 月制定
潮州區社區心衛中心：08-7899835 並致電 08-7893447 確認
112 年 8 月一修
車城區社區心衛中心：08-8822779 並致電 08-8822789 確認
114 年 3 月二修

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 個案姓名 | | | | 回覆日期 | 年　月　日 |
| 轉介單位 | | 轉介人員 | | 聯絡電話 | |
| | ※本單位收到貴　　，於____年____月____ 日轉介此個案資料，特此回復。<br>※服務情形：<br>□開案，已於____年____月____日進行訪視，如需瞭解個案情形，請洽詢電話_<br>，訪視人員：<br>□已有心理衛生人員服務中，個案管理人員為：<br>並於____年____月____日與您聯繫，如需瞭解個案情形，請洽詢電話_____<br>※其他補充說明事項：<br>□不開案，因於____年____月____日、____月____日及____月____日皆無法聯繫個案。 | | | | |
| 回覆人 | | 督導 | | 執行秘書 | |