

1 版 94.08.23
2 版 97.03.12
3 版 104.08.28

金門縣政府社區精神病人或疑似精神病人護送就醫通報單

中華民國 年 月 日

病人姓名		性別		年齡		戶籍地		縣市		鄉鎮		路街		段		巷		號		樓
保護人姓名		聯絡電話	(白天) (晚上)			聯絡地址		縣市		鄉鎮		路街		段		巷		號		樓
發現之狀況	時間		地點																	
	發現人		聯絡電話				聯絡地址													
病患狀況	送醫事由	☐ 傷人 ☐ 自傷 ☐ 公共危險（放火、自殺、揚言殺人等） ☐ 其他_____																		
	處置情形	☐ 針劑 ☐ 約束帶 ☐ 滴劑 ☐ 其他_____																		
警政單位		消防單位				衛生單位				家屬簽章										
醫療單位		醫師簽章				醫院處置情形	☐ 留院觀察 ☐ 住院治療 ☐ 其他_____													
備註	本表格由護送人員填寫，醫院留存乙份，並由醫院傳真至衛生局（傳真：335692），如病人係姓名不詳（遊民）請另備文送社會處乙份，俾利該局進行後續處理及安置事宜。																			