

# 自殺防治通報單

(\*為必填欄位)

通報單更新日期：2026 年 09 月 07 日

案件編號：

通報單位： 通報人姓名： 通報人電話(1)： 通報人電話(2)：

\*自殺類別：☐自殺死亡 ☐自殺企圖 ☐自殺意念(需進行第 26 項「簡式健康量表」評估)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1、*個案姓名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2、*身分證統一編號：                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3、*性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4、年齡： (出生： 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5、*電話：(日) / (夜)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 6、手機：                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7、*自殺日期：20 年 月 日 (自殺意念者非必填)<br>自殺日期： <input type="checkbox"/> 凌晨 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 8、*通報日期：20 年 月 日<br>8-1.知悉個案自殺行為日期：20 年 月 日<br>8-2.延遲通報原因：                                                                                                                                                                                                                 |
| 9、*婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 有偶 <input type="checkbox"/> 離婚/終止結婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10、*最高學歷： <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 不詳 |
| 11、*職業： <input type="checkbox"/> 專業人員(持有證照者：醫事人員、律師、會計師等)<br><input type="checkbox"/> 技術員及助理專業人員 <input type="checkbox"/> 農林漁牧業生產人員 <input type="checkbox"/> 服務及售貨工作人員 <input type="checkbox"/> 事務支援人員<br><input type="checkbox"/> 技藝有關工作人員 <input type="checkbox"/> 機械設備操作工及組裝人員 <input type="checkbox"/> 基層技術工及勞力工 <input type="checkbox"/> 軍警消<br><input type="checkbox"/> 一般公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 學生(校名： ) <input type="checkbox"/> 家管<br><input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 無業 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 12、戶籍住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 13、*居住住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 14、*與人同住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 15、聯絡人(1)姓名： 關係： 電話： /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 16、聯絡人(2)姓名： 關係： 電話： /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                            |

是否育有 6 歲以下幼兒：☐是 ☐否 ☐不清楚

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| 17、*自殺地點(自殺意念者非必填)： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租屋處 <input type="checkbox"/> 大樓(非自宅) <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 旅館 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 馬路 <input type="checkbox"/> 鐵路 <input type="checkbox"/> 捷運 <input type="checkbox"/> 山區 <input type="checkbox"/> 河(海) <input type="checkbox"/> 其他地點： |                                                |                                              |                                        |
| 18、*行為發生時是否有飲酒(自殺意念者非必填)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                              |                                        |
| 19、*自殺方式：(複選，最多三種，自殺意念者非必填)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                              |                                        |
| <input type="checkbox"/> 安眠藥鎮靜劑                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 以鎗砲、氣槍及爆炸物            | <input type="checkbox"/> 服用或施打毒品過量           | <input type="checkbox"/> 自焚            |
| <input type="checkbox"/> 除安眠藥鎮靜劑之外藥物                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                              |                                        |
| <input type="checkbox"/> 一般農藥(如：農用殺蟲劑、除草劑、生長劑等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 一般病媒殺蟲劑(如：蟑螂、螞蟥、老鼠藥等) | <input type="checkbox"/> 化學物品(如：漂白水、清潔劑、鹽酸等) | <input type="checkbox"/> 悶死及窒息(如塑膠袋套頭) |
| <input type="checkbox"/> 巴拉刈農藥                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 亞硝酸鈉(亞硝酸鹽)            |                                              |                                        |
| <input type="checkbox"/> 割腕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 其他部位之切穿工具             | <input type="checkbox"/> 上吊、自縊               | <input type="checkbox"/> 氫氣            |
| <input type="checkbox"/> 燒炭                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 汽車廢氣                  | <input type="checkbox"/> 家用瓦斯                | <input type="checkbox"/> 其他氣體及蒸氣       |
| <input type="checkbox"/> 臥、跳軌(含鐵路、捷運等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 撞擊(如：撞牆、撞車等)          | <input type="checkbox"/> 溺水(淹死)、跳水           |                                        |
| <input type="checkbox"/> 高處跳下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 除了上列方式之外之自殺方式：        |                                              |                                        |

20、\*自殺原因：(複選，最多三種)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>情感/人際關係</b><br><input type="checkbox"/> 夫妻問題<br><input type="checkbox"/> 家庭成員問題<br><input type="checkbox"/> 感情因素(如男女朋友)<br><input type="checkbox"/> 喪親、喪偶<br><input type="checkbox"/> 長期照顧壓力<br><b>校園學生問題</b><br><input type="checkbox"/> 學校適應問題<br><input type="checkbox"/> 課業壓力<br><input type="checkbox"/> 校園霸凌<br><input type="checkbox"/> 同儕相處問題<br><input type="checkbox"/> 生涯規劃<br><input type="checkbox"/> 其他：(請說明) | <b>精神健康/物質濫用</b><br><input type="checkbox"/> 憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病<br><input type="checkbox"/> 酒精濫用<br><input type="checkbox"/> 藥物濫用<br><input type="checkbox"/> 使用毒品<br><b>迫害問題</b><br><input type="checkbox"/> 遭受騷擾<br><input type="checkbox"/> 遭受暴力<br><input type="checkbox"/> 遭受詐騙<br><input type="checkbox"/> 遭受霸凌 | <b>工作/經濟</b><br><input type="checkbox"/> 職場工作壓力<br><input type="checkbox"/> 職場霸凌<br><input type="checkbox"/> 失業<br><input type="checkbox"/> 債務<br><b>其他</b><br><input type="checkbox"/> 兵役因素<br><input type="checkbox"/> 訴訟問題<br><input type="checkbox"/> 其他： | <b>生理疾病</b><br><input type="checkbox"/> 慢性化的疾病問題(如：久病不癒)<br><input type="checkbox"/> 急性化的疾病問題(如：初得知患病)<br><b>不願說明或無法說明</b><br><input type="checkbox"/> 個案(家屬)不願說明<br><input type="checkbox"/> 個案因身體狀況無法說明<br><input type="checkbox"/> 不詳 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

21、有無其他人一起自殺 (自殺意念者非必填)：☐有，關係： ☐無

22、\*自殺後身體狀況(自殺意念者非必填)：☐穩定 ☐惡化 ☐垂危 ☐死亡 ☐其他：

# 自殺防治通報單

(\*為必填欄位)

23、\*目前是否有在精神科就診或進行心理健康諮詢：☐有，疾病診斷：\_\_\_\_\_ ☐無 ☐不詳

24、\*個案(家屬)是否願意接受衛生局(所)人員訪視、轉介服務：☐是 ☐否，拒絕原因：\_\_\_\_\_ ☐其他 ☐不詳

25、\*處置情形(自殺意念者非必填)：

☐介護：經由\_\_\_\_\_ (單位/人員)

☐留置原機構觀察\_\_\_\_\_

☐護送前往\_\_\_\_\_

☐送往殯儀館\_\_\_\_\_

☐個案辦理自動出院

☐個案轉住院

☐醫師允許出院

☐急診留觀

☐通知單位

☐原個案收治機構\_\_\_\_\_

☐學校單位\_\_\_\_\_

☐警政單位 ☐消防單位 ☐檢察機關

☐其他單位\_\_\_\_\_

☐親友

☐其他

其他(補述)：

26、簡式健康量表分數：請個案回想最近一星期中(包括今天)，下列問題感到困擾或苦惱的程度

(自殺意念者必填，自殺企圖非必填，自殺死亡不需填)

|                       | 不會 | 輕微 | 中等程度 | 嚴重 | 非常嚴重 |
|-----------------------|----|----|------|----|------|
| (1) 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 | 0  | 1  | 2    | 3  | 4    |
| (2) 感覺緊張或不安           | 0  | 1  | 2    | 3  | 4    |
| (3) 覺得容易苦惱或動怒         | 0  | 1  | 2    | 3  | 4    |
| (4) 感覺憂鬱、心情低落         | 0  | 1  | 2    | 3  | 4    |
| (5) 覺得比不上別人           | 0  | 1  | 2    | 3  | 4    |
| ★有自殺的想法               | 0  | 1  | 2    | 3  | 4    |

請填寫檢測結果：(1) - (5) 題總分：\_\_\_\_\_分，★自殺想法：\_\_\_\_\_分

BSRS 未完成或未詢問原因說明：

☐未詢問。個案無意願接收訪視 ☐未完成。個案無意願接受訪視，訪視中斷，部分 BSRS 題目尚未問到

☐未完成。因手機訊號不良或沒電等不可抗拒因素中斷 ☐其他 \_\_\_\_\_

說明：

1. (1) 至 (5) 題之總分：

(1) 得分 0~5 分：身心適應狀況良好。

(2) 得分 6~9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒，給予情緒支持。

(3) 得分 10~14 分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

(4) 得分 >15 分：重度情緒困擾，需高關懷，建議轉介精神科治療或接受專業輔導。

2. ★「有無自殺想法」單項評分：

本題為附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但本題評分為 2 分以上時，建議至精神科就診。

27、注意事項(含其他相關資訊)：

補述：