

新竹市政府毒品危害防制中心

藥癮個案關懷轉介表

修訂日期 113.9.24

轉介單位 名稱		連絡 電話		傳真 電話	
轉介人		職稱		填表 日期	
個案姓名	出生年月日		民國	年	月 日
身分證 字號	年齡		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
聯絡 電話	物質 種類	<input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 其他_____			
最高 學歷	<input type="checkbox"/> 國小(<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業) <input type="checkbox"/> 國中(<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業) <input type="checkbox"/> 研究所或以上 <input type="checkbox"/> 高中職專科(<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業) <input type="checkbox"/> 大學(<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業) <input type="checkbox"/> 不識字				
聯絡 地址	戶籍地				
	現居地	<input type="checkbox"/> 同上 _____			
重要 聯絡人	姓名	(1)	電話	關係	
		(2)			
健康 狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 欠佳 (如 <input type="checkbox"/> 愛滋病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 胃病 <input type="checkbox"/> 其他: _____)				
居住 情形	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住: _____ <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
婚姻 狀況	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他說明: _____				
轉介主訴 問題					

同意接受關懷本人(簽名): _____

監護人或法定代理人(簽名): _____

受轉介單位：新竹市衛生局 心理健康科
連絡電話：03-5355191#519

聯絡人：林先生
傳 真：03-5355397

.....回 覆 聯.....

1. 接獲轉介日期： 年 月 日 (星期)

2. 聯繫情形： 可聯繫 無法聯繫 其它_____

3. 個案自轉介二週內自行至毒防中心報到 是 否

4. 個案報到日期： 年 月 日 (星期)

5. 是否開案服務：是 否，原因_____

受轉介單位：新竹市衛生局 心理健康科

聯 絡 人：林先生

連絡電話：03-5355191#519

傳 真：03-5355397