

## 新竹市網路成癮治療個案轉介單

111 年 7 月 1 日制訂

113 年 5 月 7 日修訂

## 一、轉介單位(含聯絡資料)

轉介日期：

|                                      |     |     |   |
|--------------------------------------|-----|-----|---|
| <input type="checkbox"/> 學校：(聯絡人/職稱： | 電話： | 傳真： | ) |
| <input type="checkbox"/> 其他：(聯絡人/職稱： | 電話： | 傳真： | ) |

## 二、個案基本資料

|                 |   |                             |    |                  |    |     |
|-----------------|---|-----------------------------|----|------------------|----|-----|
| 個案姓名            |   |                             |    | 性別               |    |     |
| 身分證字號           |   |                             |    | 出生日期             | 年  | 月 日 |
| 年齡              |   |                             |    | 職業               |    |     |
| 聯絡電話            |   |                             |    | 網路使用習慣<br>量表合計總分 |    |     |
| 最高學歷            | <input type="checkbox"/> 國小( <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學中) <input type="checkbox"/> 國中( <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學中)<br><input type="checkbox"/> 高中職( <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學中) <input type="checkbox"/> 專科( <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學中)<br><input type="checkbox"/> 大學( <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 在學中) |                             |    |                  |    |     |
| 聯絡地址            | 戶籍地   |                             |    |                  |    |     |
|                 | 現居地   | <input type="checkbox"/> 同上 |    |                  |    |     |
| 法定代理人<br>(家屬)   | 姓名  |                             | 電話 |                  | 關係 |     |
|                 |   |                             |    |                  |    |     |
| 家庭支持度           | <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 其他說明：_____  |                             |    |                  |    |     |
| 就醫病史            |   |                             |    |                  |    |     |
| 轉介原因：<br>個案狀況說明 |   |                             |    |                  |    |     |

受轉介單位：新竹市衛生局 心理健康及毒品防制科

聯絡人：鄭淳勻專案管理師

連絡電話：03-5355191#534

電子郵件：[71851@ems.hccg.gov.tw](mailto:71851@ems.hccg.gov.tw)

傳 真：03-5355397

# 接受網路成癮治療同意書

111 年 7 月 1 日制訂

113 年 5 月 7 日修訂

本人\_\_\_\_\_，身份證字號\_\_\_\_\_，性別\_\_\_\_\_，民國\_\_\_\_\_

請填寫  
個案本  
人名字  
(親簽  
為佳)

年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生，願意接受醫療機構排定之網路成癮治療，明白網路成癮治療費用需自行負擔，建立本人就醫資料(提供之病況追蹤與電話關懷)，並同意本人就醫資料提供新竹市衛生局及\_\_\_\_\_ (醫療機構)，介接及處理，為利所需之諮詢或醫療服務。

(一式兩份，一份家屬留存、一份傳真或電子郵件轉介)

必填，由家長或代理人親簽

接受治療人：\_\_\_\_\_

法定代理人：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

日 期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

.....回 覆 聯.....

1. 接獲轉介日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (星期\_\_\_\_\_)

2. 轉介醫療院所：

國軍桃園總醫院新竹分院—身心科 (新竹市北區武陵路 3 號)

聯絡人：吳曉惠個管師 電話：03-5348181

新竹國泰綜合醫院—精神科 (新竹市東區中華路二段 678 號)

聯絡人：王瑋銘心理師 電話：03-5278999#2781

新竹馬偕紀念醫院—精神科 (新竹市東區光復路二段 690 號)

聯絡人：柯彥岑秘書 電話：03-6889595

新竹市立馬偕兒童醫院－兒童身心科（新竹市東區建功二路 28 號）

聯絡人：柯彥岑秘書 電話：03-5719999

林正修診所－精神科（新竹市東區新光路 38 號）

聯絡人：楊志聖社工師 電話：03-5166746

馬大元診所－精神科（新竹市光復路一段 544 巷 36 號）

聯絡人：邱心純社工師 電話：03-5794698

親禾身心診所－身心科（新竹市東區關新路二街 67 號 1 樓）

聯絡人：江俐蓉醫師 電話：03-5771057

聊癒之森身心診所－精神科（新竹市東區金成三路 119 號 1 樓）

聯絡人：姜學斌醫師 電話：03-5721925