

酒癮治療費用補助方案轉介單

轉介日期：

姓名		性別	
身分證號		出生日期	
電話		職業	
戶籍地址			
現居地址			
轉介來源	執行法律規定之成癮治療	<input type="radio"/> 緩起訴附命戒癮治療 <input type="radio"/> 禁戒處分 <input type="radio"/> 家暴加害人處遇計畫之戒癮治療 <input type="radio"/> 緩刑附帶條件 <input type="radio"/> 酒駕重考照之酒癮治療 <input type="radio"/> 其他（請敘明轉介原因）	
	網絡轉介	<input type="radio"/> 法院 <input type="radio"/> 地檢署 <input type="radio"/> 監理單位 <input type="radio"/> 警政單位 <input type="radio"/> 社政單位(如家防中心) <input type="radio"/> 教育單位 <input type="radio"/> 勞政單位 <input type="radio"/> 矯正機關 <input type="radio"/> 更保系統 <input type="radio"/> 其他（請敘明轉介原因）	
轉介單位		轉介人員	

.....

酒癮治療費用補助方案轉介回覆單

個案姓名		身分證字號	
受理日期	年 月 日	回覆日期	年 月 日
回覆處理情形	<p><u>個案到達情形：</u></p> <input type="checkbox"/> 已到達處遇機構_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 未到達處遇機構_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 其他： <u>醫院建議治療：</u> <input type="checkbox"/> 戒癮治療 <input type="checkbox"/> 酒癮門診 <input type="checkbox"/> 酒癮住院治療 <input type="checkbox"/> 精神治療 <input type="checkbox"/> 精神門診 <input type="checkbox"/> 精神住院 <input type="checkbox"/> 心理輔導 <input type="checkbox"/> 認知輔導教育 <input type="checkbox"/> 戒酒教育輔導 <input type="checkbox"/> 其他治療 <input type="checkbox"/> 其他（請敘明：_____）		
治療機構		治療人員	