

桃園市毒品危害防制中心 未成年輔導服務轉介單

| | | | |
|-----------------|--|---|--------|
| 轉介單位 | | 轉介日期 | |
| 轉介人員 (名字及職稱) | 單位聯絡電話 | | 單位電子郵件 |
| 個案姓名 | 出生日期： | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 身分證字號 | 聯絡電話： | 手機： | |
| 戶籍地 | | | |
| 居住地 | | | |
| 就學情形 | <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 就學中(學校/班別_____/_____) | | |
| 用藥種類 | <input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 一粒眠 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 新型態毒品(咖啡包、彩虹菸、小熊軟糖等) <input type="checkbox"/> 笑氣 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 初次用藥年齡 | ____歲 後遺症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____) | | |
| 施用方式 | <input type="checkbox"/> 吸食 <input type="checkbox"/> 菸抽 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| 是否接受治療或戒治 | <input type="checkbox"/> 否 原因：_____ <input type="checkbox"/> 是 (方式 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 中途之家 <input type="checkbox"/> 矯治機關 <input type="checkbox"/> 康復之家 <input type="checkbox"/> 其他_____) (次數：____次，接受治療單位名稱：_____) | | |
| 家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 三代 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 家庭背景 | 居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 寄居親友家 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳(<input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____) 案主的主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 叔伯嬸姨姑 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭對案主關係： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突 | | |
| 監護人或主要照顧者 | 姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____ 地址：_____ 是否知悉個案情況 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 主要問題 | 就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用 心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題 <input type="checkbox"/> 居住問題 | | |
| 案情簡述 | | | |
| 服務內容 | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) | | |
| 備註 | | | |

承辦人：

主管：

- ※ 本方案服務對象為本市 20 歲(含 20 歲)以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年。
- ※ 未成年輔導服務轉介單以公文、電子郵件或傳真方式至本中心(公文地址：桃園市桃園區縣府路 55 號/電子郵件：tyhdrug626@gmail.com/傳真：03-3340321/電話：03-3341066)，兒少組承辦人收。
- ※ 轉介單位先與個案約定初評時間及填寫線上會議室代碼，如為公文函送且勿訂於發文日 3 天內避免公文延宕，無法如期初評。

桃園市毒品危害防制中心 未成年輔導服務轉介單

| | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--------|--|--------|--|------------------|
| 轉介單位 | | 轉介日期 | | | | | |
| 轉介人員 (名字及職稱) | 單位聯絡電話 | | 單位電子信箱 | | | | |
| 個案姓名 | 出生日期： | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| 身分證字號 | 聯絡電話： | 手機： | | | | | |
| 戶籍地 | | | | | | | |
| 居住地 | | | | | | | |
| 就學情形 | <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 就學中(學校/班別_____ / _____) | | | | | | |
| 用藥種類 | <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 新型態毒品(咖啡包、彩虹菸、小熊軟糖等) <input type="checkbox"/> 笑氣 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 一粒眠 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | |
| 初次用藥年齡 | _____歲 後遺症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____) | | | | | | |
| 施用方式 | <input type="checkbox"/> 吸食 <input type="checkbox"/> 菸抽 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | |
| 是否接受治療或戒治 | <input type="checkbox"/> 否 原因：_____ <input type="checkbox"/> 是 (方式 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 中途之家 <input type="checkbox"/> 矯治機關 <input type="checkbox"/> 康復之家 <input type="checkbox"/> 其他_____) (次數：_____次，接受治療單位名稱：_____) | | | | | | |
| 家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 三代 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | |
| 家庭背景 | 居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 寄居親友家 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳(<input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____) 案主的主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 叔伯嬸姨姑 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭對案主關係： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突 | | | | | | |
| 監護人或主要照顧者 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____ 地址：_____ | | | | | | |
| 主要問題 | 就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用 心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題 <input type="checkbox"/> 居住問題 | | | | | | |
| 案情簡述 | | | | | | | |
| 方案二醫療服務 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">個案初評時間</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Google Meet 會議代碼</td> </tr> </table> | | | | 個案初評時間 | | Google Meet 會議代碼 |
| | 個案初評時間 | | | | | | |
| | Google Meet 會議代碼 | | | | | | |

承辦人：

主管：

- ※ 本方案服務對象為本市 20 歲(含 20 歲)以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年。
- ※ 未成年輔導服務轉介單以公文、電子郵件或傳真方式至本中心(公文地址：桃園市桃園區縣府路 55 號/電子郵件：tyhdrug626@gmail.com/傳真：03-3340321/電話：03-3341066)，兒少組承辦人收
- ※ 轉介單位先與個案約定初評時間及填寫線上會議室代碼，如為公文函送且勿訂於發文日 3 天內避免公文延宕，無法如期初評。

藥癮者自願接受追蹤輔導同意書

本人自願接受桃園市政府毒品危害防制中心之追蹤輔導，經此同意後，接受毒品危害防制中心日後定期或不定期之電話關懷、家庭訪視、就業輔導、就學輔導、社會救助、醫療轉介及其他有需關懷之事務。

此致

桃園市政府毒品危害防制中心

| | |
|-----------|-------------------|
| 同 意 人 簽 章 | |
| 國民身分證統一編號 | |
| 出 生 日 期 | |
| 戶 籍 地 | |
| 現 居 地 | |
| 聯 絡 電 話 | |
| 緊急連絡家屬、電話 | 姓名： 關係： 電話： |
| 簽 署 日 期 | 年 月 日 |