

臺中市青少年戒癮治療計畫—轉介單

附件2

一、基本資料：

編號：113-____-____

個案資料	姓名*：_____ 身分證字號*：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生日*：_____ 在校生： <input type="checkbox"/> 是，學校：_____； <input type="checkbox"/> 否
	電話：_____ 手機*：_____
轉介單位資料	地址*：_____
	監護人或法定代理人：_____ 關係：_____
	監護人或法定代理人電話或手機*：_____
除醫療外是否需其他協助： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 就業轉介 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 回歸校園 <input type="checkbox"/> 心理諮商	
<input type="checkbox"/> 轉介法律服務 <input type="checkbox"/> 其他	
轉介單位資料	單位名稱：_____ 轉介人員：_____
	電話：_____ 傳真：_____
	轉介日期： 年 月 日 E-mail: _____

二、用藥史：

備註：「*」為必填欄位

1. 本次主要使用物質種類：

(1) 非法物質種類：

咖啡包 K他命 安非他命 笑氣 搖頭丸 大麻
FM2 喵喵 神仙水 強力膠 海洛因 其他_____

(2) 非管制性物質：

菸(香菸、電子菸)、酒、檳榔、其他：_____

2. 過去曾使用之非法物質：

咖啡包 K他命 安非他命 笑氣 搖頭丸 大麻
FM2 喵喵 神仙水 強力膠 海洛因 其他_____

3. 請簡述用藥情形(初次使用情形、施用種類、接觸來源、尿檢結果等，若無法詢問到請回覆無)：

此表單僅供轉介用，依據個人資料保護法，請妥為保管。請傳真至本局：04-25265303

聯絡人：04-25265394轉5649 (黃個管師)

臺中市政府衛生局 關心您