

# 臺中市青少年戒癮治療計畫—轉介單

## 一、基本資料：

編號：115-\_\_\_\_-\_\_\_\_

個案資料	姓名*：_____ 身分證字號*：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生日*：_____ 在校學生： <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：04-22289111 轉 70576 (施個管師)

臺中市政府衛生局 關心您