

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*：_____	在校生： <input type="checkbox"/> 是，學校：_____； <input type="checkbox"/> 否	
	電話：_____	手機*：_____	
	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)