

115 年臺中市青少年戒癮治療計畫

【單位名稱】臺中市政府衛生局

【計畫聯絡人】施晏文個管師(04-22289111#70576)

目錄

壹、前言	3
貳、目的	3
參、處境分析	3
肆、問題界定	5
伍、需求評估	6
陸、理論基礎	6
柒、辦理方式	6
捌、倫理考量	11
玖、評估指標	12
拾、評估方式	12
拾壹、預期效益.....	12
拾貳、附件	13

115 年臺中市青少年戒癮治療計畫

壹、前言

國家衛生研究院神經及精神醫學研究中心陳娟瑜合聘研究員團隊分析 2013 年至 2016 年教育部藥物濫用學生個案輔導管理系統資料，發現台灣曾使用非法藥物的國中生有近 80%曾使用愷他命，4 年追蹤期間有 1/3 以上再次因使用非法藥物而被通報(包含教育、警政和衛政單位)。在各系統服務介入經驗中，曾接受高風險家庭服務會降低再次被通報使用非法藥物的風險，而曾接受中輟輔導則與非法藥物使用再通報風險增加有關。研究成果已於 2025 年 1 月份刊登於成癮醫學權威期刊《International Journal of Drug Policy》。

貳、目的

- (一)補助青少年戒癮治療費用，降低其就醫經濟負擔，強化其參與戒癮治療意願。
- (二)以醫療專業為核心，提供完善服務，增強青少年改變效能與接觸醫療之頻率，協助改善青少年用藥行為與重建自我價值，降低毒品再犯風險。
- (三)強化網絡合作機制，提升衛政、醫療、教育、警察及司法機關對於青少年藥物濫用之關注，投入更多資源共同防範。

參、處境分析

一、國際毒品趨勢顯示青少年為關鍵防制族群

依據聯合國毒品和犯罪問題辦公室（UNODC）於 2025 年發布之《世界毒品報告》指出，全球毒品問題雖未呈現爆發性成長，惟仍長期維持於高原狀態，且毒品市場結構與使用樣態持續變化。報告強調，當前毒品防制工作的重點，已不僅著眼於整體使用人數之變化，而是不同年齡族群間風險分布與影響程度的轉移，其中青少年族群逐漸成為國際毒品防制政策中最需關注的關鍵對象。

《2025 世界毒品報告》指出，青少年在毒品議題中同時具備高暴露風險與高影響敏感性之特性，易受同儕影響、心理發展尚未成熟及情緒調節能力不足等因素影響而接觸毒品，一旦進入使用軌道，其對健康、學習及社會功能之衝擊相較成年人更為顯著。即使部分地區青少年對某些傳統非法藥物之

使用比例出現下降趨勢，報告亦明確指出，此一現象不應被解讀為整體風險降低，毒品問題正轉化為更隱蔽、複合且早期出現的風險樣態，進一步凸顯青少年作為防制工作核心族群之重要性。

二、青少年毒品使用以高風險早期介入議題為核心

《2025 世界毒品報告》指出，多數毒品使用行為始於青春期，且越早接觸毒品，發展為毒品使用疾患之風險越高。青少年早期使用對其生命歷程影響深遠，除影響學習與心理健康外，亦可能造成社會適應困難及未來就業發展受限。

報告強調，青少年毒品問題不宜僅以使用與否作為判斷標準，而應從高風險發展軌道加以評估。青少年毒品使用常與心理健康困擾、衝動控制困難及情緒調節不良等問題交織，使成癮風險呈現早期化與複合化特性，且其健康風險與死亡負擔顯著高於成年人。

基於上述趨勢，UNODC 呼籲各國將政策重心由事後處置轉向高風險早期介入，透過健康導向、發展導向及家庭與社會支持並行之整合策略，及早辨識與介入，以降低青少年成癮風險並減少長期公共衛生成本。

三、臺中市青少年毒品現況

臺中市政府統計顯示，近年青少年施用毒品案件以男性及施用第三級毒品為主要樣態，依 114 年度通報資料，本市自「關懷 E 起來系統」受理兒少施用毒品通報案件共計 206 案，其中男性 170 人（83%）、女性 36 人（17%）。施用毒品類型以第三級毒品為主，占整體通報案件之大宗（137 案），其次為第二級毒品（62 案），顯示青少年毒品曝險仍以中低級毒品為主要風險來源，另因應《少年事件處理法》修法，針對施用第三、四級毒品及迷幻物品之曝險少年案件，於受理通報後，係由少年輔導委員會依其職掌，優先進行關懷輔導與生活支持介入；本局則依權責提供毒品防制及青少年戒癮治療等專業醫療服務。透過各單位各司其職、分工合作，本市已逐步建立跨體系協作模式，並能依不同年齡層及毒品使用情形，提供相應之輔導與治療服務。惟針對未具學籍及中斷治療之個案，仍具實務推動挑戰，後續將持續強化跨網絡協調與銜接機制，提升輔導與治療之整體成效，並加強高風險族群之追蹤與支持，確保青少年獲得完整且連續性的協助，以降低毒品危害風險。

肆、問題界定

一、青少年易受外在環境影響

依據曾慧青(2008)所述，青少年時期需面臨來自人際關係、自我認同、感情、學業與親子關係等各方面改變所帶來的適應問題，故可能因壓力加上心理與社會等其他影響因素，導致成為藥物濫用者。Larson 與 Sweeten (2012)也曾指出人類在逐漸成長的過程中，對於原生父母及手足的依賴程度將會下降，此部分連結將由朋友和異性取代。根據上述，朋友和異性的影響，對青少年來說會越來越大。

另外，青少年缺乏毒品會成癮之認知，容易將藥物做為助興與解悶之工具(李思賢等人，2009)；同時，青少年也低估藥物對生理產生之傷害嚴重性。以 K 他命為例，K 他命相較海洛因生理成癮性較低，且無明顯戒斷症狀，使青少年認為 K 他命不會上癮而施用，但長期施用下易引起消化性潰瘍、穿孔、急性膽囊炎、膀胱炎等(張志腹、沈朝賢，2011)。

綜合上述，青少年時期正面臨人際、自我認同等發展議題，而同儕與異性之影響也逐漸加大，但同時又缺乏正確的毒品認知，導致開始嘗試使用菸、酒及三、四級毒品(如 K 他命)。由此可知藥物濫用問題在青少年族群中也是屬於不容小覷之問題，過去研究認為，若能在生理成癮性較低、可塑性較高的時候及時戒治，便能有效防堵毒品升級(李易蓁，2010；Tucker, Ellickson, Collins & Klein, 2006；Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986)，也因此青少年時期及時介入是必要的，有助於降低青少年再犯與提升自我戒癮動機。

二、新興毒品的危害易被青少年族群忽略

新興毒品常混合二、三級毒品，製作成糖果、飲料等零食樣貌，在網咖、遊藝場等青少年聚集之場所流通，藥頭又以各類話術讓青少年降低對毒品的警戒，當下若個人好奇及同儕慫恿之下易施用毒品。再者，新興毒品常藉由改變其化學結構規避各國毒品分級制度，導致法規難以規範，另受毒品檢驗方法之限制，使得新興毒品不易檢出，以致嚴重低估其濫用現象。

總而言之，因新興毒品樣貌多元、被誤導立即傷害低且檢出不易，造成嚴重氾濫問題，在不明毒品混用下，對身體的危害難以估計，因此增強青少年對毒品危害之認知及加強法治教育有其必要性。

伍、需求評估

一、國內對於施用非鴉片類物質使用者尚無有效治療模式

目前國內、外對於非鴉片治療尚無有效且明確的對策，且非鴉片類施用者過去曾主動求診的情形，更是少之又少，因此難以建立並發展有效的戒癮模式，故希望透過本計畫，提供持續且長期性的醫療服務，以利協助青少年盡早遠離毒害。

二、國內健保尚未給付藥癮戒治

目前藥癮戒治尚無健保補助，而社會局之補助項目大多為緊急醫療補助費用為主，對於青少年家境不好或家長無穩定收入者，難以負擔長期的治療費用，綜觀國內外現今之趨勢，以朝向藥癮戒治服務為主，因此，如何讓他們接受並長期參與醫療戒治，將是我們首要之目標。

陸、理論基礎

一、動機式晤談

由於青少年施用 K 他命成癮性低、無戒斷症狀，但透過運用 Miller(1991) 的「動機式晤談 (Motivational Interviewing, MI)」，有助於青少年建立與提升改變行為之意願，並作出承諾與行動的一種會談技巧，其理論模式是以「個案中心治療 (Person-Centered Therapy)」的輔導理論、再搭配認知治療、系統理論、以及社會心理學中的「說服」技巧。在服務過程中，治療者須有一定的目的與方向，且積極在適當的時機切入，將能逐漸增強個案改變戒癮動機，以利增強治療之成效。

二、預防復發理論

成癮的復發時至今日仍然令人感到相當棘手，本計畫心理治療採用 Marlatt 與 Gordon (1985)「預防復發理論 (Relapse Prevention model)」，透過醫療專業介入，讓青少年在醫療中可相互分享及討論，並從中體認到毒品對其身心的危害，以及未來若再遇到高危險情境時，應該如何即時因應，有助降低毒品復發之可能性。

柒、辦理方式

一、服務對象 (需符合下列兩項):

(一)18 歲以下之青少年為主；若仍就學中，得延伸至 23 歲以下或由少年法庭轉介之個案。

(二)以施用非鴉片類毒品為主。

二、服務機構：本市符合衛生福利部指定藥癮戒治醫院。

三、治療期程：3 個月為一期，後續由轉介機關追蹤半年。

四、治療方式：

治療內容		次數	頻率	時間	驗尿	備註
門診		4-7 次	1-2 次/月	30-60 分	固定	含初診次數
個管師會談		4-7 次	1-2 次/月	30 分	無	搭配門診時間 視個案狀況而 訂定
心理 治療	個別	6 次	1 次/兩週	1 小時	隨機 2 次	視個案狀況而 訂定
	家族	6 次	1 次/兩週	1.5 小時	無	

五、轉介流程

(一)轉介單位：申請戒癮服務

1. 解釋本計畫目的、內容。
2. 家長、監護人或法定代理人（若為安置機構轉介則是機構負責人）須簽署說明/同意書（附件 1）並願意陪同就醫，才納入收案標準。
3. 填寫轉介單與用藥史（附件 2）。
4. 填妥完畢請一併傳真至衛生局進行開案動作，正本由原單位留存。

(二)衛生局：開案評估及回覆

1. 確認評估資料是否填妥及完整。
2. 以電訪安排個案及家屬初診時間，提醒家屬當天務必陪同前往。
3. 於 7 日內填寫轉介回覆單（附件 3）函復原轉介單位開案情形。

(三)轉介單位：接收轉介回覆單

告知個案每次看診時，請攜帶健保卡或身份證以核對身份，並找醫院聯絡人報到。

1. 醫療院所：治療流程

(1) 門診治療

A. 初診：由醫師進行初診評估（附件 4）、個管師協助前測問卷（附件 5）

和驗尿，並擬定個案治療計畫。

- B. 複診：最後一次回診填寫後測問卷（附件 5）及結案摘要表（附件 6）、結案滿意度調查（附件 12）。
- C. 初診評估、前測、後測問卷依核銷期程寄回衛生局建檔。
- D. 醫院窗口於治療後一週內將現況治療表（附件 7）回報予衛生局，以利向轉介單位回報治療情形。

(2) 治療計畫

- A. 定期回診：依個案狀況調整看診頻率，至少 4 次，最高上限 7 次，每次回診須搭配驗尿。

B. 個管師會談

- a. 個管師資格：從事藥癮醫療相關人員（如護理、心理、社工、職能治療等）。
- b. 服務對象：藉由回診時，由個管師先行與個案會談，評估治療動機，若有意願接受個別心理治療再轉介心理師服務；若無意願接受心理治療或經醫師評估後需持續會談者，故由主責個管師予以個別會談。
- c. 會談內容：以整體性評估個案問題（如健康、家庭、生活、工作等），必要時提供社會福利及資源轉介等服務。
- d. 頻率：每次至少 30 分鐘，共 7 次。
- e. 每次會談結束後，須撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

C. 個別心理治療

- a. 服務對象：經醫師評估需接受個別心理治療者。
- b. 頻率：每次 60 分鐘，共 6 次。
- c. 每次會談結束後，須撰寫紀錄並與各主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。
- d. 經醫師評估，個案有需長期性個別心理治療得以延長，最高補助 12 次。

D. 家族治療

- a. 服務對象：經醫師評估個案及家屬有此需求者。

b. 頻率：每次 90 分鐘，共 6 次。

c. 每次治療結束後，需撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

2. 醫院：結案標準

(1) 結案標準：

A. 連續通知 3 次未遇或未到且經探詢無正當理由者，予以結案。

B. 若為少年法庭轉介個案先洽詢保護官意見，若結案後有其開案必要，則再次開案。

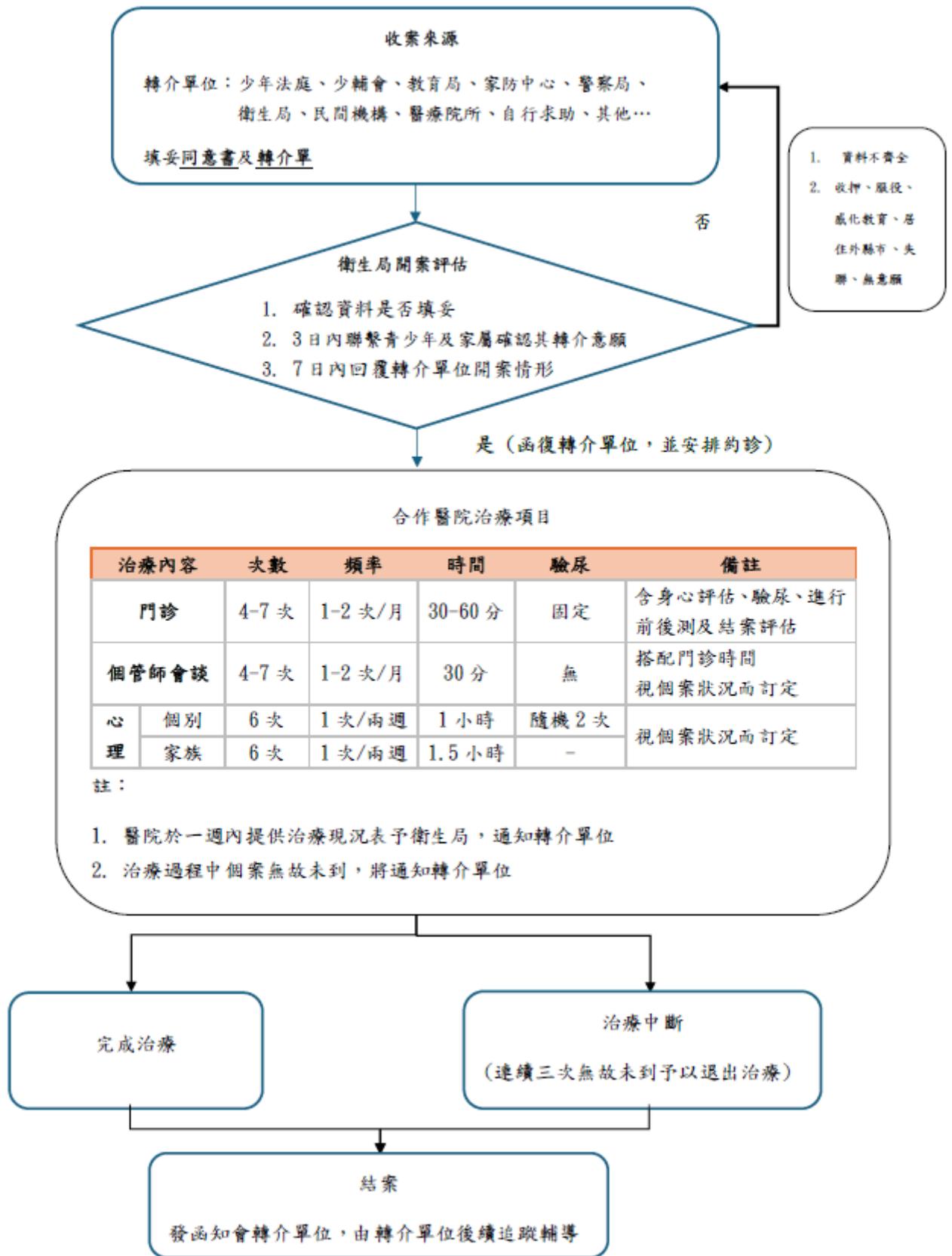
C. 治療完成 3 個月者。

(2) 由醫師填寫結案摘要表（附件 6），請於一週內傳真至衛生局。

(3) 衛生局將結案評估摘要表知會轉介單位，後續由原單位追蹤輔導 3 個月。

3. 尿液檢測：尿液結果並不影響司法判決且不提供給檢調單位，僅供醫療團隊或轉介單位了解治療進展與整體計畫成效分析之用，請務必告知個案及家屬。

(四) 轉介流程



六、獎勵機制

(一) 多元獎勵機制：為鼓勵青少年持續參與戒癮治療，本計畫提供「立即性獎

勵」，藉以強化個案正增強；除此之外，也特別規劃「刺激增強法」，針對完成治療療程者，除肯定個案努力改變外，將提供與健康休閒娛樂有關之票券，讓青少年可邀請重要他人一同分享重生的喜悅。

支付項目	獎勵項目	會談次數	獎勵費用	備註
1. 個管師會談 2. 個別心理治療 3. 家族治療	提供商品卡、餐券、點數等多元商品。	1	約 100 元/次 等值商品	給予標準： 1. 準時出席 2. 會談時間達計畫規定
完成治療療程	提供與健康休閒娛樂有關之票券，如下午茶券、電影票等多元商品。	4	約 600 元等 值商品	給予標準： 1. 至少完成 4-7 次門診 2. 個管師會談至少 2 次 3. 經醫師評估結案 4. 完成後測問卷

(二)為鼓勵積極轉介個案，協助更多青少年遠離毒品，請各網絡單位針對績優人員從優敘獎，予以勉勵。

七、個案治療中斷或結束治療後續追蹤輔導流程

針對治療中斷或結束治療者，衛生局將發函知會原轉介單位，續由原單位再持續輔導。

八、聯繫會議

邀集相關網絡單位，每年至少辦理 1 場聯繫會議，針對本計畫相關議題或個案進行討論。

捌、倫理考量

- 一、基於研究倫理考量，不希望個案在戒癮治療中受到傷害，務必事先告知治療之目的與治療過程，由個案決定是否願意參加。
- 二、治療過程提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療，且療程中若有任何問題與意見皆可隨時提出或終止。
- 三、因應個人資料保護法推行，除參與本研究團隊者不可直接翻閱個案內容，以確

保個案隱私，並避免資料外洩。

玖、評估指標

- 一、減少使用非法藥物行為。
- 二、改善青少年身心及情緒狀況。
- 三、提升青少年對毒品危害之認知。
- 四、家人及青少年接受治療之滿意度提升
- 五、醫事人員服務滿意度調查。

拾、評估方式

- 一、採用問卷施測，進行前、後測。
 - (一)前測：初診時評估。
 - (二)後測：複診最後一次評估。
 - (三)個案回饋表(附件11)於回診時填答，以利即時了解當天醫事人員服務概況，以利提供最適切之服務方式。
- 二、尿液檢驗報告：運用回診時進行4-7次驗尿。
- 三、醫師需撰寫結案評估摘要表，以瞭解個案參與醫療治療之狀況。
- 四、治療期程結束後，由原轉介單位持續追蹤。
- 五、採統計分析之方式進行成效統計。

拾壹、預期效益

- 一、經由戒癮治療經費補助，增加施用毒品之青少年接受醫療服務次數。
- 二、醫療專業介入，降低青少年使用毒品之頻率。
- 三、透過家庭及相關人員陪同參與，提升青少年戒癮動機，並延長參與治療之意願，降低再次使用毒品機率。
- 四、藉由與網絡單位合作，即時發現青少年需求，並協助連結處遇資源，以達治療連續性、可近性。

臺中市青少年戒癮治療計畫—說明/同意書

毒品濫用對青少年的身心健康與人際關係造成深遠影響，國外研究指出，唯有結合醫療、心理輔導及家庭與社會支持，才能更有效協助青少年遠離毒品。臺中市政府衛生局整合醫師、心理師、社工師及個案管理等專業資源，以醫療為核心，搭配心理輔導與家庭支持，陪伴青少年勇敢面對困境，也與家人一同走在調整與復原的路上，逐步找回穩定與希望。

壹、輔導及治療內容：

- 一、由個人或轉介單位提出申請後，須先經衛生局及醫院審核評估通過。
- 二、家長（監護人、法定代理人或安置機構）需於預約時間內回診，陪伴孩子前往醫院，一同關心孩子努力改變的過程。
- 三、治療期程：至少 3 個月
- 四、由醫療團隊評估並規劃適合的治療方式，內容如下：
 - （一）**定期回診**：由醫師評估視個案狀況，安排回診 4-7 次並搭配驗尿，其尿液結果不具法律效應，僅供醫療團隊作為治療進展之參考依據。
 - （二）**個管師會談**：由個管師視個案及家屬狀況，搭配回診時間進行會談，30 分鐘/次。
 - （三）**心理治療**：由醫療團隊評估是否需進入此療程。
 1. 個別心理治療：經醫師評估需接受個別心理治療者，1 小時/次，共 6 次。
 2. 家族治療：以有意願之個案及家屬為優先，1.5 小時/次，共 6 次。
- 五、治療費用：針對藥癮治療費用全額由公家補助

貳、個人隱私與權益

本計畫治療過程將提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療與輔導，若治療中有任何問題與建議，皆可以隨時提出，電話為 04-22289111 轉 70576（施個管師）。相關個人資料，亦受到「個人資料保護法」之保障，不會非法外洩。

※備註：是否願意知會學校一同輔導關心個案 願意 不願意

本人已詳閱、理解上述說明，並簽名於下：

接受戒癮治療人（簽名）：_____ 聯絡電話：_____

監護人或法定代理人（簽名）：_____ 聯絡電話：_____ 關係：_____

安置機構負責人（簽名）：_____ 機構名稱：_____

【簽名完成後，正本留存於原單位，另將影本交付上揭簽名人收執，再連同轉介單（附件三）回傳至衛生局】

請貴家長勾選一家未來方便帶您子女就醫之醫院與時段，以利安排初診時間

<input type="checkbox"/> 1. 中國醫藥大學附設醫院〈一樓精神科門診〉(臺中市北區美德街166號-美德醫療大樓) 聯絡人:李文瑩 電話:04-22052121#11183 時 段: <input type="checkbox"/> 週二(13:30-16:30) <input type="checkbox"/> 週三(18:00~21:00)限複診預約制
<input type="checkbox"/> 2. 中山醫學大學附設醫院(身心科門診)(臺中市南區建國北路一段110號) 聯絡人:李佩芸 電話:04-36095999#270885 時 段: <input type="checkbox"/> 週二(14:00-17:00) <input type="checkbox"/> 週五(09:00-12:00)
<input type="checkbox"/> 3. 澄清中港分院〈精神科門診〉(臺中市西屯區台灣大道四段966號) 聯絡人:廖俐瑄 電話:04-24632000#32566 時 段: <input type="checkbox"/> 週一(18:00-21:00) <input type="checkbox"/> 週二(14:00-17:00) <input type="checkbox"/> 週四(09:00-12:00) <input type="checkbox"/> 週五(09:00-12:00、14:00-17:00)
<input type="checkbox"/> 4. 臺中醫院(臺中市西區三民路一段199號) 聯絡人:湯宜彬 電話:04-22294411#3337(10點後#6182) 時 段: <input type="checkbox"/> 週一(14:00-17:00)預約制
<input type="checkbox"/> 5. 國軍臺中總醫院(美沙酮戒毒特別門診)(臺中市太平區中山路二段348號) 聯絡人:洪若瑋 電話:0984-525601 時 段:、 <input type="checkbox"/> 週三(14:00-15:30)、 <input type="checkbox"/> 週四(08:30-12:00)
<input type="checkbox"/> 6. 沙鹿童綜合醫院〈美沙冬特診〉(臺中市沙鹿區成功西街8號) 聯絡人:蘇憶昕 電話:04-26626161#56112 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五(預約制;複診10:00-12:00;初診限09:30)
<input type="checkbox"/> 7. 光田綜合醫院大甲院區〈青少年戒癮門診〉(臺中市大甲區經國路321號) 聯絡人:林鈺芸 電話:04-26885599#1125、1142 時 段: <input type="checkbox"/> 週三(13:30-15:30)
<input type="checkbox"/> 8. 賢德醫院〈一樓精神科門診〉(臺中市太平區宜昌路420號) 聯絡人:沈伊翎 電話:04-22732551#187 時 段: <input type="checkbox"/> 週一(08:30-11:30) <input type="checkbox"/> 週三(08:30-11:30) <input type="checkbox"/> 週四(08:30-11:30)
<input type="checkbox"/> 9. 陽光精神科醫院(台中市清水區大揚南街98號) 聯絡人:陳藝娟 電話:04-26202949#116 時 段: <input type="checkbox"/> 週三(14:00-16:00)預約制

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)

臺中市政府衛生局 關心您

臺中市青少年戒癮治療計畫—轉介回覆單

編號:115 - ____ - ____

填表日期： 年 月 日

姓名：		身分證字號：					
轉介單位	單位名稱： 電 話：	聯絡人： 傳 真：					
總窗口	單位名稱：臺中市政府衛生局 電 話：04-22289111 轉 70576	聯絡人：施晏文 傳 真：04-25265303					
<input type="checkbox"/> 開案服務：初診時間 年 月 日 醫 院：_____ 地 址：_____ 門診時段：_____ 聯 絡 人：_____ 電 話：_____							
<input type="checkbox"/> 不開案服務： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>程序資料不符，無法開案服務。 <input type="checkbox"/>收 押 中，暫無法提供收案，待出監後再行轉介。 <input type="checkbox"/>服 役 中，暫無法提供收案，待服役後再行轉介。 <input type="checkbox"/>感化教育，暫無法提供收案，待離開矯正機關後再行轉介。 <input type="checkbox"/>無居住本市，無法開案服務。 <input type="checkbox"/>失聯，請確認行蹤再轉介。 <input type="checkbox"/>其他：_____。 							
門診時間	初診	複診					
門診	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：
個別會談	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：
心理治療	<input type="checkbox"/> 個別治療 <input type="checkbox"/> 家族治療	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：
【應遵守事項】 <ol style="list-style-type: none"> 請於指定時間內前往指定合作醫院，並先自行掛號後接受醫療評估，如臨時有事無法前往，請撥電話至醫院聯絡人辦理請假手續。 每次看診請攜帶轉介回覆單、身分證或健保卡，以辨識身分，結束後請醫事人員簽名或蓋章，並預約下次治療時間。 							

編號：115 - ___ - ___

臺中市青少年戒癮治療計畫—初診評估表

一、基本資料

姓名：_____ 性別：男 女 出生日期： 年 月 日

聯絡地址：_____

就學狀況：已畢業 中輟 休學 就學中教育程度：不識字 國小 國中 高中職 專科 大學父母婚姻：已婚 分居(未離婚) 離婚 同居父母存歿：存 歿(父 母)居住狀況：自己住 與家人同住 與朋友同住就業狀況：無 有，說明：_____ 每月收入：_____

二、療效評估表 (TOP)

(一) 物質使用

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_____

(1) 第一次使用時間是__歲，當時使用的是_____，

最後一次使用是：民國__年__月，使用的是_____，約使用了__年__個月(不扣除停用時間)

(2) 初次使用原因：好奇 提神 減肥 止痛 無聊遭受壓力(課業 經濟 工作 家庭 感情 同儕)追求快感 對未來無希望 其他：_____

(二) 毒品經濟來源

家人 積蓄 工作 救助金 犯法(偷、搶、性交易等) 販毒 其他_____

(三) 有無戒毒經驗

無 有，方式：_____ (一次 一到五次 五次以上)

三、藥物依賴嚴重度量表 (中文版授權翻譯：陳錦宏醫師)

過去3個月內，你是否曾覺得你的藥物使用已經失去控制？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
過去3個月內，你是否會因即將不能用藥物而感到非常焦慮或煩惱？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
過去3個月內，你是否為自己使用藥物而感到煩惱？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
過去3個月內，你是否希望自己能停掉藥物？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
你覺得不用物質有多困難？	<input type="checkbox"/> 毫無困難	<input type="checkbox"/> 有點困難	<input type="checkbox"/> 相當困難	<input type="checkbox"/> 極度困難

編號: 115__-__ 臺中市青少年戒癮治療計畫-前測 後測

一、失能量表SHEEHAN請於各量尺圈選「一個」選項

1983 David V. Sheehan 版權所有並保留所有權利 (中文版授權翻譯: 陳錦宏, 周仁宇, 李昭慧, 林亮吟)

<p>(一)工作*/學校</p> <p>這些藥物已經阻礙了你的工作/課業</p> <p>一點也不 輕微地 中度地 明顯地 極度地</p> <p>0 ←----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8----- 9-----> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 過去一週我都沒有工作/上學, 原因與 K 他命無關。 *工作包含支薪、不支薪的志工工作或訓練。</p>
<p>(二)社交生活</p> <p>這些藥物已經阻礙了你的社交生活/休閒生活</p> <p>一點也不 輕微地 中度地 明顯地 極度地</p> <p>0 ←----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8----- 9-----> 10</p>
<p>(三)家庭生活/居家責任</p> <p>這些藥物已經阻礙了你的家庭生活/居家責任</p> <p>一點也不 輕微地 中度地 明顯地 極度地</p> <p>0 ←----- 1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6----- 7----- 8----- 9-----> 10</p>

(四)過去 一個月 裡, 有 _____ 天你因藥物而造成缺課、曠職、或使你無法完成每日常規性的責任呢?

(五)過去 一個月 裡, 有 _____ 天你因藥物而覺得能力備受損害, 即使去了學校或去工作, 你的生產力也下降了?

(六)你會如何評價最近 一週 的整體生活品質?

- 非常差, 我的生活無法再更糟了
- 相當差, 多數事情都不順利
- 好的部分和壞的部分大概一樣多
- 相當好, 多數事情都很順利
- 非常好, 我的生活再好不過

二、衝動量表 (BIS-11) (中文版授權耶魯大學 Chiang-shan Ray Li 教授、八里療養院廖定烈醫師)

每個人在不同的情況下，都有自己想事情及做事情的方式。這份是在瞭解您在一些狀況下處置的方式。請仔細閱讀每一個敘述，並於右側勾選您認為最適合的答案。請您快速並誠實地回答，不用花很多時間在一個問題上。

	從未	偶而	時常	總是
1. 我細心計劃事務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我做事不經思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我很快就打定主意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我樂天隨意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我心不在焉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我的念頭轉得很快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我提早規劃好行程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我是頗能自制的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我很容易專心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我定期儲蓄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	從未	偶而	時常	總是
11. 我看表演或聽演講時，會扭動不耐煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我是一個仔細思考的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我計劃讓工作（打工）安全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我說話不經思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我喜歡想一些複雜的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我轉換工作（打工）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我衝動行事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 用心思考問題時，我很容易覺得厭煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我一想到什麼就去做	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 我是一個穩健思考的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	從未	偶而	時常	總是
21. 我更換房間內的擺設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 我因一時衝動而買東西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 我一次只能想一件事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 我改變休閒嗜好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 我花的錢比我賺的還多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 我在思考時，常想到其他無關的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 我重視現在多於未來	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 我在課堂上或看表演時覺得坐立不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 我喜歡解謎題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 我會為未來作打算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、PHQ-9 (中文版發展:馬偕醫院劉珣瑛醫師)

總分: _____

過去二週中，你會覺得…	一點 也不	有幾天	超過 一半	幾乎 天天
1. 做事沒有興趣或樂趣？	0	1	2	3
2. 憂鬱（你會覺得心情低落或是鬱悶、或感到絕望）？	0	1	2	3
3. 睡眠問題（睡不著、易醒、睡太多）？	0	1	2	3
4. 覺得疲倦或沒有體力？	0	1	2	3
5. 吃不下或吃太多？	0	1	2	3
6. 覺得自己不好？（覺得自己失敗或讓自己家人難過、丟臉）	0	1	2	3
7. 注意力不集中（讀報、看電視）？	0	1	2	3
8. 行動或說話慢，或比平常更明顯的坐立不安？	0	1	2	3
9. 有死亡的念頭或想傷害自己？	0	1	2	3

四、家庭支持及人際互動量表 APGAR SCORE

家庭關係	總是 如此	有時 如此	很少 如此
1. 當我有麻煩和煩惱時，我可以從 <u>家人</u> 得到滿意的幫助。			
2. 我很滿意 <u>家人</u> 和我討論事情及分擔問題的方式。			
3. 當我要想做一件新的事情時， <u>家人</u> 都會給我滿意的接受和支持。			
4. 我的 <u>家人</u> 能接受我的情緒表達（喜、怒、哀、樂）。			
5. 我很滿意跟 <u>家人</u> 的相處方式。			
人際關係	總是 如此	有時 如此	很少 如此
1. 當我有麻煩和煩惱時，我可以從 <u>朋友</u> 得到滿意的幫助。			
2. 我很滿意 <u>朋友</u> 和我討論事情及分擔問題的方式。			
3. 當我要想做一件新的事情時， <u>朋友</u> 都會給我滿意的接受和支持。			
4. 我的 <u>朋友</u> 能接受我的情緒表達（喜、怒、哀、樂）。			
5. 我很滿意跟 <u>朋友</u> 的相處方式。			

編號：115-__-__ **臺中市青少年戒癮治療計畫—結案摘要表**

一、個案基本資料				
姓名：_____ 出生年份：____年 身份證字號：_____				
二、毒品使用種類				
<input type="checkbox"/> 咖啡包 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 笑氣 <input type="checkbox"/> 搖頭丸 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
三、治療狀況				
收案日期：____年____月____日 結案日期：____年____月____日				
<input type="checkbox"/> 門診治療	<input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____)			
	<input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)			
<input type="checkbox"/> 個案師會談	<input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____)			
	<input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)			
	<input type="checkbox"/> 個別治療 <input type="checkbox"/> 家族治療-治療情形：			
<input type="checkbox"/> 心理治療	<input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____)			
	<input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)			
<input type="checkbox"/> 藥物治療	服用藥物種類：_____ 開始服用日：____年____月____日			
採檢尿液	次數____次(日期：_____)			
特殊檢查	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____			
物質依賴嚴重度量表 (中文版授權翻譯：陳錦宏醫師)				
參與治療後，你是否曾覺得你的藥物使用已經失去控制？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
參與治療後，你是否會因即將不能用藥物而感到非常焦慮或煩惱？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
參與治療後，你是否為自己使用藥物而感到煩惱？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
參與治療後，你是否希望自己能停掉藥物？	<input type="checkbox"/> 從來沒有或幾乎沒有	<input type="checkbox"/> 有時	<input type="checkbox"/> 常常	<input type="checkbox"/> 總是或幾乎總是
你覺得不用藥物有多困難？	<input type="checkbox"/> 毫無困難	<input type="checkbox"/> 有點困難	<input type="checkbox"/> 相當困難	<input type="checkbox"/> 極度困難
四、綜合評估意見				
1. 評估建議事項：				
• 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高				
• 接觸用藥環境(朋友)可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高				
• 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強				
• 是否需延續治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
• 是否需家族治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
2. 結案原因： <input type="checkbox"/> 完成治療 <input type="checkbox"/> 收容 <input type="checkbox"/> 感化教育 <input type="checkbox"/> 失聯 <input type="checkbox"/> 自覺無需治療 <input type="checkbox"/> 離開安置中心 <input type="checkbox"/> 其他				
3. 後續建議事項：				
執行單位：_____ 評估醫師：_____ 評估日期：____年____月____日				

臺中市青少年戒癮治療計畫—個案治療現況表

一、個案姓名：					
二、毒品使用種類					
<input type="checkbox"/> 四級（名稱：_____） <input type="checkbox"/> 三級（名稱：_____） <input type="checkbox"/> 二級（名稱：_____） <input type="checkbox"/> 一級（名稱：_____）					
三、治療狀況					
<input type="checkbox"/> 門診治療					
	日期	出席情形	陪同者	配合度	
1	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
2	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
3	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
4	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
5	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
6	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
7	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	
驗尿情形					
	日期	尿液採驗 (K他命、安非他命、搖頭丸、大麻、鎮定劑)	配合情形		
1	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
2	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
3	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
4	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
5	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
6	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
7	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性，種類_____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢		
個管師會談					
	日期	出席情形	會談對象	配合度	是否準時
1	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

個別心理治療家族心理治療

	日期	出席情形	會談對象	配合度	是否準時
1	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

藥物治療	服用藥物種類: _____ 開始服用日期: ___年___月___日
特殊檢查	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: _____

四、綜合評估意見

個案姓名：

	日期	評估者	綜合評估意見
1	___年___月___日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
2	___年___月___日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
3	___年___月___日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
4	___年___月___日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
5	___年___月___日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：

6	___年___月___日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
7	___年___月___日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
9	___年___月___日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
10	___年___月___日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
11	___年___月___日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>

臺中市青少年戒癮治療計畫

個管師會談 個別 家族心理治療-簽到名冊

個案姓名：

次數	會談日期	會談時間	個案簽名	治療者簽名	獎勵品簽收
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

臺中市青少年戒癮計畫

個管師會談紀錄（第 次）

個案姓名：	日期：	時間：
會談目標：		會談者：
<input type="checkbox"/> 1、家庭溝通	<input type="checkbox"/> 9、治療態度	<input type="checkbox"/> 17、人際問題
<input type="checkbox"/> 2、三角化關係	<input type="checkbox"/> 10、疾病態度	<input type="checkbox"/> 18、復健問題
<input type="checkbox"/> 3、管教態度	<input type="checkbox"/> 11、疾病適應	<input type="checkbox"/> 19、法律問題
<input type="checkbox"/> 4、夫妻問題	<input type="checkbox"/> 12、學業問題	<input type="checkbox"/> 20、社會補助
<input type="checkbox"/> 5、親子問題	<input type="checkbox"/> 13、環境適應	<input type="checkbox"/> 21、資源的開發與轉介
<input type="checkbox"/> 6、祖孫相處	<input type="checkbox"/> 14、藥物問題	<input type="checkbox"/> 22、建立關係
<input type="checkbox"/> 7、手足問題	<input type="checkbox"/> 15、經濟問題	<input type="checkbox"/> 23、其他_____
<input type="checkbox"/> 8、情緒支持	<input type="checkbox"/> 16、感情問題	
<u>一. 內容摘要：</u>		
<u>二. 建議及處理：</u>		

臺中市青少年戒癮計畫

個別 家族心理治療紀錄（第 次）

個案姓名：	會談者：
會談日期：	會談時間：
會談紀錄：	
一、會談內容摘要：	
二、對個案的觀察：	
三、當下的處置：	
四、未來的處遇或建議：	

臺中市青少年戒癮治療計畫—單次回饋表

很高興您願意參與此次會談，這份問卷的目的在瞭解您會談後的感想，問題沒有標準答案，請根據您的真實感受，選出最符合之選項。

(本問卷所稱之醫事人員包含醫師、護理師、個管師、心理師、社工師)

1. 我覺得醫事人員能了解我的心情感受。

同意 部分同意 普通 部分不同意 不同意

2. 在本次會談中，我能自在的說出我想說的話。

同意 部分同意 普通 部分不同意 不同意

3. 我覺得在本次會談中得到了支持與鼓勵。

同意 部分同意 普通 部分不同意 不同意

4. 我覺得會談能引導我思考和解決問題。

同意 部分同意 普通 部分不同意 不同意

5. 經過今天的會談，我想說：

臺中市青少年戒癮治療計畫-結案滿意度調查

醫事人員滿意度調查	滿意	普通	不滿意
1. 醫師態度親切和善			
2. 醫師耐心傾聽我的病情			
3. 醫師尊重我的隱私			
4. 醫師對戒癮治療之專業度			
5. 個管師態度親切和善			
6. 個管師尊重我的隱私			
7. 個管師詳細說明治療的程序			
8. 個管師對戒癮治療之專業度			
9. 心理師態度親切和善 (若無則跳過)			
10. 心理師尊重我的隱私 (若無則跳過)			
11. 心理師對戒癮治療之專業度 (若無則跳過)			
戒癮治療滿意度調查	同意	無意見	不同意
1. 整體個別心理治療的感覺 (若無則跳過)			
2. 整體家族治療的感覺 (若無則跳過)			
3. 戒癮治療對您而言，是否有改善毒品問題？			
4. 戒癮治療對您而言，是否有改善家人關係？			
5. 戒癮治療對您而言，是否有改善人際關係？			
6. 戒癮治療，是否有推廣之必要性？			
7. 若未來您又接觸毒品，您會願意主動尋求醫療協助嗎？			
8. 若未來您又接觸毒品，不需醫療直接靠意志力即可？			
9. 若朋友接觸毒品，您會推薦他來參加治療嗎？			

臺中市青少年戒癮治療計畫

處置名稱	支付金額	說明
初診	2,228 元/次	檢附 1. 初診評估表(附件 4) 2. 前測問卷(附件 5) 3. 個案治療現況表(附件 7) 4. 回饋表(附件 11) 5. 病歷紀錄影本
複診	867 元/次	檢附 1. 病歷紀錄影本 檢附(療程結束) 1. 後測問卷(附件 5) 2. 結案評估摘要表(附件 6) 3. 個案治療現況表(附件 7) 4. 回饋表(附件 11)、結案滿意度(附件 12)
個管師會談	400 元/次/30 分	檢附 1. 個管師會談簽到名冊(附件 8) 2. 個管師會談紀錄(附件 9)
個別心理治療	2,000 元/次/時	檢附 1. 個別心理治療簽到名冊(附件 8) 2. 個別心理治療紀錄(附件 10)
家族心理治療	2,400 元/次/90 分	檢附 1. 家族心理治療簽到名冊(附件 8) 2. 家族心理治療紀錄(附件 10)

臺中市青少年戒癮治療計畫

治療經費彙整表

執行醫院：_____

執行期間：__年__月__日至__年__月__日

姓名	身分證號	初診 醫療費	複診醫療費（上限 6 次）			個管師 會談	心理治療		小計
			第一個月	第二個月	第三個月		個別	家族	
合 計									

填表人

單位主管

會計

單位首長

(單位:元)