

臺中市政府毒品危害防制中心-轉介單

個案資料 (必填)	姓名： _____ 身分證字號： _____ 出生年月日： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 聯絡電話： _____ 手機號碼： _____ 居住地址： _____ 緊急聯絡人姓名： _____ 關係： _____ 聯絡電話： _____ 婚姻概況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 懷孕狀態： <input type="checkbox"/> 妊娠中，週期 _____ ；預產期 _____ 子女狀態： <input type="checkbox"/> 已有子女，__子__女 <input type="checkbox"/> 無其他子女 工作情形： <input type="checkbox"/> 待業中，待業期間 _____ <input type="checkbox"/> 在職中，目前職業 _____ <input type="checkbox"/> 仍就學中 <input type="checkbox"/> 休學且尚未就業 <input type="checkbox"/> 其他 _____
施用情形	主要吸食毒品： <input type="checkbox"/> 海洛因 使用時間： _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 安非他命 使用時間： _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> K他命 使用時間： _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 其他 _____
戒治情形	<input type="checkbox"/> 是 治療起始日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 美沙冬替代治療： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（原因： _____） 戒治醫院： _____ <input type="checkbox"/> 否（ <input type="checkbox"/> 完成戒治 <input type="checkbox"/> 轉院 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 其他 _____）
待助事項	醫療需求： <input type="checkbox"/> 藥癮戒治 <input type="checkbox"/> 藥癮諮詢 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 生育保健 <input type="checkbox"/> 母嬰照護 <input type="checkbox"/> 傳染病防治 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 社會支持需求： <input type="checkbox"/> 就業媒合 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 經濟扶助 <input type="checkbox"/> 就學服務 <input type="checkbox"/> 法律服務 <input type="checkbox"/> 家屬支持 <input type="checkbox"/> 其他 _____
個案狀況簡述	
轉介單位資料	單位名稱： _____ 轉介人員： _____ 電話： _____ 單位主管： _____ 傳真： _____

毒品危害防制中心回執聯

處理 情形	是否開案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (未開案原因： <input type="checkbox"/> 個案無意願 <input type="checkbox"/> 無法聯繫 <input type="checkbox"/> 諮詢服務 <input type="checkbox"/> 其他_____)
	服務概況： <input type="checkbox"/> 生育保健 <input type="checkbox"/> 母嬰照護 <input type="checkbox"/> 傳染病防治 <input type="checkbox"/> 藥癮戒治 <input type="checkbox"/> 藥癮諮詢 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 就業媒合 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 經濟扶助 <input type="checkbox"/> 就學服務 <input type="checkbox"/> 法律服務 <input type="checkbox"/> 家屬支持 <input type="checkbox"/> 其他_____
	處遇概況：_____

受理日期： 年 月 日

評估人員：

此資料僅供本局轉介用，依據個人資料保護法，請妥為保管。

轉介單請回傳至本局承辦窗口 E-mail：m01939@taichung.gov.tw 或傳真至 04-25265303，

傳真後請致電 04-25265394 #5687(胡小姐) 或撥打毒防諮詢專線：0800-770885 進行確認。

臺中市政府毒品危害防制中心 關心您