

## 高雄市政府毒品防制局藥癮個案輔導轉介表

轉介單位名稱			聯絡電話			傳真電話			
轉介日期	年 月 日		轉介人員			職稱			
基本資料	姓名			婚姻狀況		生日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號			學歷		電話	(家用) (手機)		
	戶籍地址								
	居住地址								
	緊急聯絡人		關係			電話			
	轉介個案類別	一、 <input type="checkbox"/> 疑似吸菸者： <input type="checkbox"/> 屋內或身上傳出刺鼻氣味 <input type="checkbox"/> 家中出入份子複雜 <input type="checkbox"/> 作息日夜顛倒 <input type="checkbox"/> 屋內有不明藥物（或粉末）、針筒、吸食器等物品 <input type="checkbox"/> 外觀憔悴、精神恍惚 <input type="checkbox"/> 手臂上有針孔							
		二、 <input type="checkbox"/> 施用毒品者： <input type="checkbox"/> 一級毒品： <input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 嗎啡 <input type="checkbox"/> 古柯鹼 <input type="checkbox"/> 鴉片 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 二級毒品： <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 搖頭丸(MDMA) <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 浴鹽 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 三級毒品： <input type="checkbox"/> K 他命 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> FM 2 <input type="checkbox"/> 合成大麻 K2 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不確定施用何種毒品							
		三、 <input type="checkbox"/> 涉毒之孕產婦： <input type="checkbox"/> 孕婦：懷孕__個月 <input type="checkbox"/> 產婦：產後__個月							
		四、 <input type="checkbox"/> 父母涉毒且家中有未成年兒少者：未成年兒少__名（年齡分別為____、____、____、____歲）							
	工作狀況	<input type="checkbox"/> 穩定就業 <input type="checkbox"/> 臨時工 <input type="checkbox"/> 無業							
家庭背景	一、居住狀態： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人或友人同居，成員_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 二、家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 很差								
	福利身分： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙，類別_____ 三、家庭結構： <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 繼親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 親屬寄養 <input type="checkbox"/> 其他：_____								
	四、主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女_____ <input type="checkbox"/> 手足_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 五、家屬或其他同住者是否有其他吸菸者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
已提供服務或資源	一、納入 <input type="checkbox"/> 家暴 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 高風險家庭 <input type="checkbox"/> 兒少保護 <input type="checkbox"/> 其他_____ 案件提供處 遇主責單位/人員：_____								
	二、 <input type="checkbox"/> 社會福利： <input type="checkbox"/> 身心障礙補助 <input type="checkbox"/> 老人年金 <input type="checkbox"/> 單親福利 <input type="checkbox"/> 長期照顧 <input type="checkbox"/> 民間經濟扶助 <input type="checkbox"/> 其他_____								
	三、 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 就學適應輔導 <input type="checkbox"/> 心理諮詢 <input type="checkbox"/> 就業/職訓 <input type="checkbox"/> 其他_____								
問題或轉介說明									
毒品防制局回覆	本案業於____年____月____日收案， 服務個管師：_____ / 電話：07-2111311 分機：_____								
	中 華 民 國 年 月 日								

◎填寫本表單後 e-mail 至 kao885@kcg.gov.tw 或傳真(07)-215-2031 至本局，並請電話確認。  
聯絡電話：(07)211-1311#640 王小姐

轉介單位類別：衛生局/所醫療院所社政單位警政單位教育單位勞政單位檢調單位其他\_\_\_\_\_