**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 | □男□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、□疑似吸毒者：□屋內或身上傳出刺鼻氣味□家中出入份子複雜□作息日夜顛倒□屋內有不明藥物（或粉末）、針筒、吸食器等物品□外觀憔悴、精神恍惚□手臂上有針孔二、□施用毒品者：□一級毒品：□海洛因□嗎啡□古柯鹼□鴉片□其他　　　　□二級毒品：□安非他命□搖頭丸(MDMA)□大麻□浴鹽□其他　　　　□三級毒品：□K他命□丁基原啡因□喵喵□ＦＭ２□合成大麻K2□其他　　　　　□不確定施用何種毒品三、□涉毒之孕產婦：□孕婦：懷孕＿個月□產婦：產後＿個月四、□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 | □穩定就業□臨時工□無業 |
| 家庭背景 | 一、居住狀態：□獨居□與家人或友人同居，成員＿＿＿＿＿□其他：　　　　　　二、家庭經濟狀況：□佳□尚可□不佳□很差　　福利身分：□無□有： □列冊中低收入戶 □列冊低收入戶□身心障礙，類別　　　　　三、家庭結構：□單親□雙親□繼親□隔代□親屬寄養□其他：　　　　　　四、主要照顧者：□父□母□配偶□子女　　　□手足　　　□其他　　　　五、家屬或其他同住者是否有其他吸毒者：□有□無 |
| 已提供服務或資源 | 一、納入□家暴□精神疾病□自殺□高風險家庭□兒少保護□其他 案件提供處遇　　主責單位/人員：　　　　　　　　二、□社會福利：□身心障礙補助□老人年金□單親福利□長期照顧□民間經濟扶助□其他 三、□其他:□就學適應輔導□心理諮商□就業/職訓□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#650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**