

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"/> 疑似吸毒者： <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"/> FM2 <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毒者： <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：_____			
	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：_____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">中華民國 年 月 日</div>				

◎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#641 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_____