

高雄市政府毒品防制局

「高雄市藥癮者家庭支持服務方案」家屬服務轉介表

112.02.03 版本

轉介單位		轉介人員/職稱			填寫日期	年 月 日	
		連絡電話			傳真		
主要家屬 (個案)	姓名	身分證字號		主要 連絡人電 話		(家用)	
	性別	生日				(手機)	
	戶籍地址						
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地					
其他家屬	姓名	與個案 關係	身分證 字號	生日	<input type="checkbox"/> 與藥癮者同住		
	姓名	與個案 關係	身分證 字號	生日	<input type="checkbox"/> 與藥癮者同住		
藥癮者 基本資料	姓名	與個案 關係	身分證 字號	生日			
	居住地址	<input type="checkbox"/> 與個案同住 <input type="checkbox"/> 未與個案同住，地址：					
	用藥 資料	健康 情形	目前罹患疾病：			<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有 接受治療	
施用 藥物							
家系圖							
藥癮家庭類型		<input type="checkbox"/> 有 12 歲以下子女 <input type="checkbox"/> 父母領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 配偶或同居者懷孕 <input type="checkbox"/> 家有身心障礙者 <input type="checkbox"/> 其他_____					

已提供服務 或資源	<p>一、案家有接受其他網絡單位服務(<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：_____)，請提供服務單位及社工員聯絡方式： 單位：_____ 社工員：_____，連絡電話：_____ 單位：_____ 社工員：_____，連絡電話：_____</p> <p>(不足填寫，請自行增列)</p> <p>二、社福：<input type="checkbox"/>身心障礙證明或手冊<input type="checkbox"/>身心障礙者生活補助<input type="checkbox"/>重大傷病卡<input type="checkbox"/>低收入戶 <input type="checkbox"/>中低收入戶<input type="checkbox"/>特殊境遇家庭扶助<input type="checkbox"/>弱勢家庭兒童及少年生活扶助 <input type="checkbox"/>兒少教育發展帳戶<input type="checkbox"/>老人福利(國民年金、老農年金、中低收入老人生活津貼、 原住民老人津貼)<input type="checkbox"/>社會福利團體<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>三、其他：<input type="checkbox"/>就學適應輔導<input type="checkbox"/>心理諮商<input type="checkbox"/>就業/職訓<input type="checkbox"/>其他</p>
藥癮家庭需協助事項	
醫療需求	<input type="checkbox"/> 一般醫療 <input type="checkbox"/> 精神疾病治療 <input type="checkbox"/> HIV 感染治療 <input type="checkbox"/> 肝炎治療 <input type="checkbox"/> 健保申請 <input type="checkbox"/> 醫療危機處理(如：車禍、強制送醫) <input type="checkbox"/> 重大傷病(如：癌症、重大器官切除)
衛教需求	<input type="checkbox"/> 毒品防制識能 <input type="checkbox"/> 老化之準備 <input type="checkbox"/> 共病照護 <input type="checkbox"/> 懷孕分娩
經濟需求	<input type="checkbox"/> 福利補助 <input type="checkbox"/> 經濟扶助 <input type="checkbox"/> 子女教育費 <input type="checkbox"/> 子女托育費
安置需求	<input type="checkbox"/> 住宅、租屋問題 <input type="checkbox"/> 安置問題
情緒管理需求	<input type="checkbox"/> 情緒管理 <input type="checkbox"/> 預防復發策略及環境規劃
心理需求	<input type="checkbox"/> 短期心理調適 <input type="checkbox"/> 獲長期持續性的支持 <input type="checkbox"/> 高風險自殺個案處遇
家庭問題需求	<input type="checkbox"/> 家庭危機處理 <input type="checkbox"/> 家庭支持與關係修復 <input type="checkbox"/> 家庭關係衝突或疏離(填附件一) <input type="checkbox"/> APGAR 家庭功能評估-嚴重功能不足(填附件二)
就業需求	<input type="checkbox"/> 有工作意願需生涯諮詢 <input type="checkbox"/> 有工作意願需職業訓練
社會支持需求	<input type="checkbox"/> 社會接納與去污名 <input type="checkbox"/> 同儕接納
法律扶助	<input type="checkbox"/> 司法協助 <input type="checkbox"/> 債務協助
社會福利	<input type="checkbox"/> 福利身分申請 <input type="checkbox"/> 低收/中低收入戶申請 <input type="checkbox"/> 社會資源運用
未成年子女需求	<input type="checkbox"/> 發展遲緩評估 <input type="checkbox"/> 子女偏差行為 <input type="checkbox"/> 適應不良 <input type="checkbox"/> 課後照顧 <input type="checkbox"/> 補救教學 <input type="checkbox"/> 基本生活需求不足 <input type="checkbox"/> 未成年懷孕 <input type="checkbox"/> 小爸爸小媽媽 <input type="checkbox"/> 新生兒照顧 <input type="checkbox"/> 托育 <input type="checkbox"/> 親職教育(含育兒照顧) <input type="checkbox"/> 其他_____
長照服務需求	<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 喘息服務 <input type="checkbox"/> 交通接送 <input type="checkbox"/> 輔具租借、購買 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 外勞需求 <input type="checkbox"/> 其他_____
其他	
案家狀況 及 主要問題概述 (請摘述)	
轉介人員：	督導： _____ 單位主管： _____

附件一、家庭脆弱性評估【請就最近一個月的狀況說明】

<p>1. 家中具有特殊照顧需求之兒少或家庭成員有長照需求者</p>	<p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是；情況簡述：_____</p> <p>*家中有無以下情況：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 家中有 6 歲以下兒童經評估需要特殊照顧。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 家中有 65 歲以上長者有長期照顧需求。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 家庭成員罹患精神疾病或其他重大疾病，致有特殊照顧或福利需求。</p>
<p>2. 家庭關係衝突或疏離</p>	<p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是；情況簡述：_____</p> <p>*家中有無以下情況：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 家庭成員組成複雜致家庭成員有安全疑慮。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 家庭成員（如親子、代間、手足、夫妻、伴侶）關係不協調或衝突，致家庭成員身心健康堪慮。</p>

附件二、APGAR 家庭功能評估表

評估項目	經常滿意	有時滿意	幾乎沒有
1. 當您遇到困難時，可以求助於家人。（適應度 Adaption）	2	1	0
2. 家人可以和您討論事情及分攤問題。（合作度 Partenership）	2	1	0
3. 當您希望從事新活動，或有新的發展方向時，家人都能夠接受且給予鼓勵支持。（成長度 growth）	2	1	0
4. 對於您的情緒表達，家人都能接受。（情感度 Affection）	2	1	0
5. 家人與您相處的方式。（融洽度 resolve）	2	1	0
<input type="checkbox"/> 7~10 分功能良好 <input type="checkbox"/> 4~6 分中度功能不足 <input type="checkbox"/> 0~3 分嚴重功能不足。			

備註：依據衛生福利部 111 年 12 月 30 日電子郵件通知，個管人員評估個案家庭狀況，遇有家庭關係衝突或疏離，具家庭問題需求、符合七項轉介指標對象者，優先轉介家庭支持服務。