

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

114.07.21版本

轉介單位		轉介人員/職稱		填寫日期		年 月 日	
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	☐ 同戶籍地					
其他家屬	姓名	與個案關係	身分證字號	生日	☐ 與藥癮者同住		
	姓名	與個案關係	身分證字號	生日	☐ 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	☐ 與個案同住 ☐ 未與個案同住，地址：					
	用藥資料	健康情形	目前罹患疾病：			☐ 未 ☐ 有 接受治療	
		施用藥物					
家系圖							
轉介原因 (可複選)		☐ 家庭關係衝突或疏離，並確認以下情況：(勾選此項者請填附件一) ☐ 藥癮者育有 12 歲以下子女 ☐ 藥癮者父母領有中低收入老人生活津貼 ☐ 藥癮者家屬為低收或中低收入戶 ☐ 藥癮者家屬為單親家庭之子女 ☐ 藥癮者家屬為隔代教養子女 ☐ 藥癮者配偶或同居者懷孕 ☐ 藥癮者家屬為身心障礙者 ☐ 家庭功能評估表 APGAR 分數0-3分，有家庭支持服務需求者(勾選此項者填附件二) ☐ 經評估有家庭支持服務需求者					

已提供服務 或資源	一、案家有接受其他網絡單位服務(☐家暴、☐精神疾病、☐自殺、☐高風險家庭、☐兒少保護、☐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：_____ (不足填寫，請自行增列) 二、社福：☐身心障礙證明或手冊☐身心障礙者生活補助☐重大傷病卡☐低收入戶 ☐中低收入戶☐特殊境遇家庭扶助☐弱勢家庭兒童及少年生活扶助 ☐兒少教育發展帳戶☐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)☐社會福利團體☐其他_____ 三、其他：☐就學適應輔導☐心理諮商☐就業/職訓☐其他
藥癮家庭需協助事項	
家庭問題需求	☐ 家庭危機處理 ☐ 家庭維繫與關係修復 ☐ 改善家庭溝通模式
心理及情緒支持	☐ 需要被理解與情緒支持 ☐ 壓力與創傷經驗處理 ☐ 同儕家屬相互支持 ☐ 諮商輔導
資源需求	☐ 社會福利資源 ☐ 法律諮詢 ☐ 就業服務 ☐ 醫療服務 ☐ 職能培力、就學與就業輔導 ☐ 經濟支持(☐ 急難救助/紓困 ☐ 生活扶助 ☐ 子女教育費 ☐ 子女托育費 ☐ 其他_____) ☐ 長照服務(☐ 居家服務 ☐ 日間照顧 ☐ 家庭托顧 ☐ 喘息服務 ☐ 輔具租借、購買) ☐ 安置資源連結 ☐ 介紹各項資源運用 ☐ 家屬特殊需求服務 ☐ 其他_____
未成年子女需求	☐ 發展遲緩評估 ☐ 課後照顧 ☐ 補救教學 ☐ 托育 ☐ 自我認同 ☐ 基本生活需求不足 ☐ 其他_____
離監返家之準備	☐ 鼓勵或陪同家屬入監探視及參與相關活動 ☐ 協助家庭進行藥癮者離監返家準備工作 ☐ 其他_____
衛教需求	☐ 毒品防制識能 ☐ 共病照護知能(精神疾病、HIV感染及肝炎等) ☐ 自我照顧 ☐ 懷孕分娩(含新生兒照顧) ☐ 親職教養(含育兒照顧)
其他	(請說明)
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】

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	☐ 否 ☐ 是；情況簡述：_____ *家中有無以下情況： ☐ 1. 家中有6歲以下兒童經評估需要特殊照顧。 ☐ 2. 家中有65歲以上長者有長期照顧需求。 ☐ 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。
2. 家庭關係衝突或疏離	☐ 否 ☐ 是；情況簡述：_____ *家中有無以下情況： ☐ 1. 家庭成員組成複雜致家庭成員有安全疑慮。 ☐ 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。

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 Parternership）	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
☐ 7~10分功能良好 ☐ 4~6分中度功能不足 ☐ 0~3分嚴重功能不足。			