

附件 1

(單 位 名 稱)申請高雄市政府毒品防制局
110 年藥癮者住院治療費用補助第__季請款明細表

109/12/1 製表

一、個案基本資料

個案姓名		性別	
出生年月日		身分證字號	
住院起訖時間			

二、補助項目及金額

補助項目	金額(單位:元)
1. 病房費	
2. 住院診察費(醫師診察費)	
3. 藥事服務費(藥品費)	
4. 檢驗費(毒品尿液檢驗、血液檢驗)	
5. 檢查費	
6. 精神科治療費	
7. 護理費	
8. 處置費	
9. 材料費	
10. 其他費用	
合計	

填表人：

單位主管：

會計：

院長：

高雄市政府毒品防制局

藥癮者施用毒品之感受評量表 - 前測 後測

108.12.17 修訂

您好：

請仔細閱讀以下 5 個題目內容，並依照自己目前想法在每題適當分數內打「V」，此量表目的是要讓醫療人員了解您對施用藥物之感受，有效幫助您完成戒癮，請仔細思考後填寫，謝謝您的合作。

敬祝

順心平安

問題	5 分	4 分	3 分	2 分	1 分
1. 您現在想用藥慾望有多強?					
2. 用藥後是否有罪惡感?					
3. 是否醒來就想用藥?					
4. 當出現某些人事物(朋友、酒、煙、吸管...等)，會促使您想用藥?					
5. 想像您處於常用藥地點(藥頭家中、公園、汽車旅館、PUB...等)會勾起用藥想法?					
總分					

計分說明：

(1)一定會：5 分

(2)可能會：4 分

(3)不一定：3 分

(4)可能不會：2 分

(5)一定不會：1 分

高雄市政府毒品防制局 110 年藥癮者住院治療費用補助告知書

一、高雄市政府毒防局為降低本市藥癮者就醫負擔，增強其住院戒治動機，以妥善處理藥癮產生的戒斷症狀及共病問題，特推動「110 年藥癮者住院治療費用補助計畫」，希望協助您順利完成戒癮，早日回歸家庭與正常生活與工作。

二、申請住院治療補助者應配合事項：

- (一)計畫開辦期間設籍高雄市或本局關懷輔導藥癮個案，於衛生福利部指定之高雄市醫療戒治醫院住院治療至少 7 日，接受醫院各項檢查與治療，每人每年最高補助金額新台幣 25,000 元(需自行負擔伙食費及病房費差額)，不得至其他醫院重複申請補助。
- (二)出院時請繳交「醫療費用正本收據」，由住院治療醫院協助您申請各項補助費用。
- (三)住院治療醫院會將您或家人以下資料送至「高雄市政府毒品防制局」錄案後，提供您或家人後續追蹤關懷輔導，以持續「愛與陪伴」共同協助您或家人成功戒治毒癮，預防復發。

申請人(簽名)	
聯絡電話	
現居住地址	
未成年監護人(簽名)	
緊急聯絡人及電話	

申請人身分證影本浮貼 (正面)
(設籍於高雄市)
請以螢光筆畫線戶籍地

申請人身分證影本浮貼 (反面)
(設籍於高雄市)
請以螢光筆畫線戶籍地