

網路使用習慣自我篩檢量表

題號	題目	實際情況			
		極不符合 (1)	不符合 (2)	符合 (3)	非常符合 (4)
1.	想上網而無法上網的時候，我就會感到坐立不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我發現自己上網休閒的時間越來越長	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我習慣減少睡眠時間，以便能有更多時間上網休閒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	上網對我的學業已造成一些不好的影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

身心健康服務轉介單及個人資料使用同意書

本人同意藉由「身心健康服務轉介單」將本人資料由_____（單位）提供予高雄市政府衛生局或_____（醫療機構），俾利提供本人有關網路成癮問題之諮詢或醫療服務。

個案姓名：_____（請以正楷書寫） 性別：男 女

電話：_____ 年齡：_____

聯絡地址：_____

日期： 年 月 日

◇ 18歲以下兒童青少年父母或監護人簽名：_____

父母或監護人姓名：_____（請以正楷書寫） 性別：男 女

電話：_____ 出生年月日：_____

聯絡地址：_____

日期： 年 月 日