

身心健康服務轉介單

附件二

填表日期 年 月 日

*個案來源	☐ 教育單位 ☐ 網絡單位：_____ ☐ 其他：_____		
*姓名：	*年齡：	*性別： ☐ 男 ☐ 女	*網路成癮篩檢 合計總分：
*居住地址：			*聯絡電話：
密切保持聯絡 之親友或緊急 連絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
	居住地址： ☐ 同個案居住地址		
其他與個案相關重要資訊：			

*轉介機關(構)： *轉介人員： 單位主管：

*電 話： 傳真：

轉介日期： 年 月 日

備註：

- 一、 網路使用習慣自我篩檢量表適用對象為國小三年級至大學之學生(10歲至25歲)，當加總後分數大於或等於11分，則建議轉介至衛生單位、醫療機構或心理治療所提供專業諮詢或治療。
- 二、 為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「*」為必填。
- 三、 為利個人資料之使用，請於轉介前告知個案轉介目的，並請個案簽具個人資料使用同意書。
- 四、 個案需同意並有意願接受轉介至適合之醫療機構接受網路成癮問題諮詢或治療。
- 五、 12歲以下孩童轉介需由父母同意。
- 六、 高雄市政府衛生局社區心衛中心 聯絡電話：07-6966602轉3212 鄭小姐。

衛生局(所)回覆內容

填表人： 連絡電話： 科室主管：

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	☐	☐	☐	☐
2.	我發現自己上網休閒的時間越來越長	☐	☐	☐	☐
3.	我習慣減少睡眠時間，以便能有更多時間上網休閒	☐	☐	☐	☐
4.	上網對我的學業已造成一些不好的影響	☐	☐	☐	☐

參加「身心健康之網癮治療服務」及個人資料使用同意書

本人同意參加「身心健康之網癮治療服務」，並同意將本人資料由_____（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。

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