

臺中市政府衛生局酒癮治療個案轉介表

轉介日期： 年 月 日

轉介單位： <input type="checkbox"/> 法院、地檢署 <input type="checkbox"/> 監理站 <input type="checkbox"/> 社會局/處 <input type="checkbox"/> 勞動檢查處 <input type="checkbox"/> 衛政/自行求助 <input type="checkbox"/> 其他_____		
聯絡人： 電話： 傳真號碼：		
個案姓名：	生日： 年 月 日 族群： <input type="checkbox"/> 閩南 <input type="checkbox"/> 客家 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 其他：	身分證字號或護照號碼： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別
地 址：		聯絡電話：
轉介來源： <input type="checkbox"/> 法院裁定 <input type="checkbox"/> 少年及家事法院 <input type="checkbox"/> 精神科或成癮防治科門診或病房 <input type="checkbox"/> 非精神科或成癮防治科門診或病房 <input type="checkbox"/> 心衛中心或衛生局 <input type="checkbox"/> 健康服務中心或衛生所 <input type="checkbox"/> 家防中心 <input type="checkbox"/> 社政單位 <input type="checkbox"/> 地檢署 <input type="checkbox"/> 監理所 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 教育單位 <input type="checkbox"/> 勞政單位 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請人姓名：		聯絡電話：
申請人與個案關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姊妹 <input type="checkbox"/> 其他親屬（請列出）： <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他（請列出）：		
飲酒史： 一、第1次飲酒年齡：約 歲 二、喝酒年資： 年 月 飲酒頻率：每天 cc 或 (<input type="checkbox"/> 罐 <input type="checkbox"/> 瓶) 三、主要買酒地點：1. <input type="checkbox"/> 超商 2. <input type="checkbox"/> 量販店 3. <input type="checkbox"/> 雜貨店 4. <input type="checkbox"/> 檳榔攤 5. <input type="checkbox"/> 酒店 6. <input type="checkbox"/> 工地小蜜蜂 7. <input type="checkbox"/> 其他 四、飲酒種類（可複選）： 1. <input type="checkbox"/> 啤酒 2. <input type="checkbox"/> 米酒 3. <input type="checkbox"/> 高粱 4. <input type="checkbox"/> 伏特加 5. <input type="checkbox"/> 威士忌 6. <input type="checkbox"/> 葡萄酒（紅/白酒） 7. <input type="checkbox"/> 洋酒 8. <input type="checkbox"/> 保力達 9. <input type="checkbox"/> 維士比 10. <input type="checkbox"/> 藥酒 11. <input type="checkbox"/> 松茸酒 12. <input type="checkbox"/> 私釀酒 13. <input type="checkbox"/> 香檳 14. <input type="checkbox"/> 其他（請列出）： 五、是否併有使用下列物質（可複選）：1. <input type="checkbox"/> 菸品 2. <input type="checkbox"/> 檳榔 3. <input type="checkbox"/> 毒品 六、使用狀態：1. <input type="checkbox"/> 使用中（ <input type="checkbox"/> 菸品 <input type="checkbox"/> 檳榔 <input type="checkbox"/> 毒品） 2. <input type="checkbox"/> 已戒除 3. <input type="checkbox"/> 未曾使用過		
酒癮成因： 1. <input type="checkbox"/> 經濟因素 2. <input type="checkbox"/> 交際應酬 3. <input type="checkbox"/> 情緒心理因素 4. <input type="checkbox"/> 家庭成長因素 5. <input type="checkbox"/> 其他		
戒酒原因： 1. <input type="checkbox"/> 暴力行為 2. <input type="checkbox"/> 情緒衝動 3. <input type="checkbox"/> 影響生活作息 4. <input type="checkbox"/> 家人建議 5. <input type="checkbox"/> 身體健康 6. <input type="checkbox"/> 法院或地檢署裁定（ <input type="checkbox"/> 家暴 <input type="checkbox"/> 酒駕 <input type="checkbox"/> 其他刑事案件） 7. <input type="checkbox"/> 其他		
醫院治療建議（醫院填寫） 一、處置項目：1. <input type="checkbox"/> （初）門診 2. <input type="checkbox"/> 住院 3. <input type="checkbox"/> 心理治療（ <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 團體 <input type="checkbox"/> 家族） 二、治療日期： 年 月 日 時間： 地點： 三、個案報到狀況：1. <input type="checkbox"/> 已報到且完成當次療程 2. <input type="checkbox"/> 已報到但未完成當次療程 3. <input type="checkbox"/> 未報到 四、經費使用來源：1. <input type="checkbox"/> 酒癮治療服務方案 2. <input type="checkbox"/> 健保 3. <input type="checkbox"/> 自費 <p style="text-align: right;">醫院簽章：</p>		
衛生局審核：1. <input type="checkbox"/> 同意補助 2. <input type="checkbox"/> 不同意補助 理由： <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>		
備註： 1. 本轉介表影本交給個案攜帶至醫院，另將資料傳給衛生局，由本局持續追蹤後續治療情形。 2. 本局連繫窗口：04-25265394分機7103(陳小姐) 3. 轉介表填妥後請傳真（04-25263171）心理健康科或 mail： hbtcm00258@taichung.gov.tw		