

# 新北市婦女藥物濫用醫療支持服務轉介單

112/01/09 修訂

- 轉介單位：\_\_\_\_\_ 填表日期：民國 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 填表人：\_\_\_\_\_ 督導/主管：\_\_\_\_\_ 單位電話：\_\_\_\_\_ 分機 \_\_\_\_\_

個案基本資料					
姓名		身分證 字號		出生 日期	年 月 日
聯絡 地址	(戶)		聯絡 電話	(住宅)	
	(居)			(行動)	
婚姻 狀態	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		子女 狀況	<input type="checkbox"/> 非妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠中，週期 _____ 週 <input type="checkbox"/> 已有子女，__子__女	
服務 對象	<input type="checkbox"/> 為個案本人 <input type="checkbox"/> 為個案配偶，配偶姓名：_____ 配偶身分證字號：_____				
補充 資料	(服務對象若為本人此欄位不必填寫) 配偶連絡電話：_____ 配偶出生日期：_____				
資格 審查	(服務對象若為本人此欄位不必填寫) <input type="checkbox"/> 經查戶籍服務對象確實為個案配偶且設籍本市(符合資格，可進行轉介) <input type="checkbox"/> 服務對象非個案配偶或非設籍本市(資格不符，無法加入計畫接受服務)				
個案 工作 狀況	<input type="checkbox"/> 待業中，待業期間 _____		緊急 聯絡 人	姓名	
	<input type="checkbox"/> 在職中，目前職業 _____			關係	
	<input type="checkbox"/> 仍就學中 <input type="checkbox"/> 休學且尚未就業 <input type="checkbox"/> 其他 _____			電話	
藥癮史及保密注意					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個案或配偶曾經使用毒品種類(可複選)：  <input type="checkbox"/>海洛因 <input type="checkbox"/>安非他命 <input type="checkbox"/>大麻 <input type="checkbox"/>搖頭丸 <input type="checkbox"/>K他命 <input type="checkbox"/>咖啡包(混合毒品) <input type="checkbox"/>其他：_____</li> <li>● 家人是否知情：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>僅部分知情，_____</li> </ul>					
轉介單位服務概況及摘要					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 服務對象是否有生產計畫：  <input type="checkbox"/>是，預產期 _____ <input type="checkbox"/>否，希望中止妊娠 <input type="checkbox"/>否，但暫無規劃 <input type="checkbox"/>否，未懷孕</li> <li>● 評估個案再用藥風險：  <input type="checkbox"/>高 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>低 <input type="checkbox"/>穩定戒癮近期應無再用藥風險 <input type="checkbox"/>無法評估</li> <li>● 配合度：  <input type="checkbox"/>高度配合 <input type="checkbox"/>普通配合 <input type="checkbox"/>未有抗拒表現但較敷衍防備 <input type="checkbox"/>強烈拒絕配合</li> <li>● 是否有意願接受社福單位後續關懷？  <input type="checkbox"/>高 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>低 <input type="checkbox"/>無意願</li> <li>● 其他補充：_____</li> </ul>					
轉介項目評估					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療需求：<input type="checkbox"/>生育保健 <input type="checkbox"/>母嬰照護 <input type="checkbox"/>傳染病防治 <input type="checkbox"/>醫療戒癮 <input type="checkbox"/>心理諮商</li> <li>● 社會支持需求：<input type="checkbox"/>經濟協助 <input type="checkbox"/>就業服務 <input type="checkbox"/>親職指導 <input type="checkbox"/>居住安全 <input type="checkbox"/>教育需求 <input type="checkbox"/>法律諮詢</li> </ul>					
※ 備註：_____					
填妥轉介單後，請 E-mail 至本計畫承辦窗口 <a href="mailto:AN1352@ntpc.gov.tw">AN1352@ntpc.gov.tw</a> ，另可來電 (02)22575100 分機 7026 確認。					

毒品防治辦公室評估

醫療需求評估

◎案件編號：\_\_\_\_\_

◎個案姓名：\_\_\_\_\_

◎評估情形摘要：

不符合收案標準，原因：\_\_\_\_\_

收案，轉介項目：\_\_\_\_\_

轉介其他單位：\_\_\_\_\_

評估人員：\_\_\_\_\_

主管核章：\_\_\_\_\_

聯絡電話：(02)22575100 分機 7026

電子郵件：[AN1352@ntpc.gov.tw](mailto:AN1352@ntpc.gov.tw)