

新北市婦女藥物濫用醫療支持服務轉介單

附件 2

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 _____ <input type="checkbox"/> 在職中，目前職業 _____ <input type="checkbox"/> 仍就學中 <input type="checkbox"/> 休學且尚未就業 <input type="checkbox"/> 其他 _____		緊急 聯絡 人	姓名	
				關係	
				電話	
藥癮史及保密注意					
<ul style="list-style-type: none"> ● 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：_____ ● 家人是否知情：<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 僅部分知情，_____ 					
轉介單位服務概況及摘要					
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 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 ● 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 ● 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 ● 其他補充：_____ 					
轉介項目評估					
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 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 					
※ 備註：_____					
填妥轉介單後，請 E-mail 至本計畫承辦窗口 AN1352@ntpc.gov.tw ，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