

「建構問題性飲酒與酒癮者醫療處置及社會復健服務模式計畫」
個案轉介單

個案基本資料	姓名		出生年月日	民國	年	月	日
	性別	男	身分證字號				
	聯絡電話	本人:(宅) (行動) 緊急聯絡人: 關係: 電話:					
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 否; 註:					
	轉介來源	1 <input type="checkbox"/> 法院裁定(註:家暴加害人、酒駕) 2 <input type="checkbox"/> 非精神(成癮防治)科門診或病房 3 <input type="checkbox"/> 精神(成癮防治)科門診或病房 4 <input type="checkbox"/> 心衛中心或衛生局 5 <input type="checkbox"/> 健康服務中心或衛生所		6 <input type="checkbox"/> 家防中心 7 <input type="checkbox"/> 社政單位 8 <input type="checkbox"/> 地檢署 9 <input type="checkbox"/> 監理所 10 <input type="checkbox"/> 自行求助			
家庭狀況	婚姻: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他_____						
	子女: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (子: 個 女: 個)						
	<input type="checkbox"/> 家中有未滿18歲兒童少年 註: _____位						
	<input type="checkbox"/> 家中或親戚有酗酒習慣或飲酒造成死亡的人? 註: _____						
問題概述	一、飲酒行為狀態(請說明): 二、其他補述及建議:						
飲酒史	喝酒年史: _____年 飲酒頻率: _____次/週 飲酒種類: <input type="checkbox"/> 高粱 <input type="checkbox"/> 米酒 <input type="checkbox"/> 藥酒 <input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 威士忌 <input type="checkbox"/> 其他_____						
自填式華人飲酒問題篩檢問卷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 你曾經不想喝太多, 後來卻無法控制而喝酒過量嗎?					
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. 家人或朋友為你好而勸你少喝一點酒嗎?					
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 對於喝酒這件事, 你會覺得不好或感到愧疚嗎?					
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4. 你曾一早起床尚未進食之前, 就要喝一杯才覺得比較舒服穩定?					
	若以上四個問題, 有一題為「是」, 請知會轉介相關單位進一步關懷及協助						
身體狀況	現在身體狀況/疾病: _____; 過去精神科疾病史: _____						
自殺意念	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
法律問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 酒駕; 酒測值: <input type="checkbox"/> 家暴:註 <input type="checkbox"/> 其他_____						
社會功能	1.工作: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, _____; 2.社會補助: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, _____; 3.其他_____						
轉介單位	轉介單位: _____ 轉介日期: 年 月 日 聯絡人: _____ 聯絡電話: _____ 電子信箱: _____ <input type="checkbox"/> 請以電話回覆個案情形 <input type="checkbox"/> 請以電郵回覆個案情形 <input type="checkbox"/> 不需要回覆個案情形						

本案將轉介:凱旋醫院
轉介電話:07-7513171(分機 2281)
轉介信箱: ada9029@gmail.com

聯絡窗口: 成癮防治科助理 廖小姐
傳真機: 07-7161843