

# 藥癮示範計畫個案轉介表

轉介單位來源資料						
轉介(出)單位類別	<input type="checkbox"/> 衛生局/所 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社政單位 <input type="checkbox"/> 警政單位 <input type="checkbox"/> 教育單位 <input type="checkbox"/> 勞政單位 <input type="checkbox"/> 檢調單位 <input type="checkbox"/> 其他_____					
轉介單位名稱		聯絡電話		傳真電話		
轉介日期	年 月 日	轉介人員		職稱		
個案基本資料						
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日( 歲)	
身分證字號		學歷		電話	(家用) (手機)	
戶籍地址						
居住地址						
緊急聯絡人		關係		電話		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 有偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他_____			工作狀況	<input type="checkbox"/> 從未工作過 <input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 其他_____	
家庭背景	一、居住狀態： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人或友人同居，成員_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 二、家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 很差 三、福利身分： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙，類別_____ 四、家庭結構： <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 繼親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 親屬寄養 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 五、主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女_____ <input type="checkbox"/> 手足_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 六、家屬或其他同住者是否有其他吸毒者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
轉介個案類別(可複選)	一、 <input type="checkbox"/> 施用毒品者： <input type="checkbox"/> 一級毒品： <input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 嗎啡 <input type="checkbox"/> 古柯鹼 <input type="checkbox"/> 鴉片 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 二級毒品： <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 搖頭丸(MDMA) <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 浴鹽 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 三級毒品： <input type="checkbox"/> K 他命 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 合成大麻 K2 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不確定施用何種毒品 二、 <input type="checkbox"/> 涉毒之孕產婦： <input type="checkbox"/> 孕婦：懷孕_____個月 <input type="checkbox"/> 產婦：產後_____個月 三、 <input type="checkbox"/> 父母涉毒且家中有未成年兒少者：未成年兒少__名(年齡分別為__、__、__、歲) 四、 <input type="checkbox"/> 合併生理疾病：_____。					
緩起訴處分	案名：_____ 公文號：_____ 起訖時間：_____					
已提供服務或資源	一、納入 <input type="checkbox"/> 家暴 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 高風險家庭 <input type="checkbox"/> 兒少保護 <input type="checkbox"/> 其他_____案件提供處遇 主責單位/人員：_____ 二、 <input type="checkbox"/> 社會福利： <input type="checkbox"/> 身心障礙補助 <input type="checkbox"/> 老人年金 <input type="checkbox"/> 單親福利 <input type="checkbox"/> 長期照顧 <input type="checkbox"/> 民間經濟扶助 <input type="checkbox"/> 其他_____ 三、 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 就學適應輔導 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 就業/職訓 <input type="checkbox"/> 其他_____					
治療需求及服務						
轉介治療服務及其他問題說明	<input type="checkbox"/> 門診服務 <input type="checkbox"/> 替代療法(美沙冬或丁基原啡因治療) <input type="checkbox"/> 心理衡鑑 <input type="checkbox"/> 個別心理治療 <input type="checkbox"/> 團體心理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 家族治療 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 其他_____ 其他說明：					

示範中心 接案回覆	本案業於_____年_____月_____日接獲通知，接案人員：_____
	電話：_____
	說明：
	中華民國_____年_____月_____日

1. 請將此轉介單傳真或電子郵件送至藥癮示範中心。
2. 藥癮醫療示範中心專線：(07)713-2800，Email: [kaoaddiction@gmail.com](mailto:kaoaddiction@gmail.com)

## 依賴嚴重度量表

### Severity of Dependence Scale (SDS)

	從來不會/ 幾乎不會	有時會	經常會	總是會/ 幾乎總是會
1. 你覺得你使用藥物會難以控制嗎？	0	1	2	3
2. 中斷使用一次藥物會使你感到焦慮或擔心嗎？	0	1	2	3
3. 你會為了自己使用藥物而感到擔心嗎？	0	1	2	3
4. 你會希望自己停止使用藥物嗎？	0	1	2	3
	不困難	有點困難	很困難	不可能停止
5. 你認為自己要停止使用藥物有多困難？	0	1	2	3

● SDS 總分說明：對不同藥物、成癮物質有不同嚴重度之標準

海洛因依賴 ≥5 分

安非他命依賴 ≥4 分

酒精依賴 ≥3 分