

桃園市毒品危害防制中心

未成年輔導服務轉介單

(轉介單需配合備妥「未成年輔導服務同意書」始完成轉介程序)

轉介單位			轉介日期		
轉介人員(職稱)	單位聯絡電話			單位傳真電話	
目前輔導狀況	<input type="checkbox"/> 定期尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 春暉小組(已輔導_____個月) <input type="checkbox"/> 春暉志工 <input type="checkbox"/> 認輔小組 <input type="checkbox"/> 感化教育 <input type="checkbox"/> 假日輔導 <input type="checkbox"/> 社區服務 <input type="checkbox"/> 其他_____				
個案姓名	出生日期：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
身分證字號	聯絡電話：		手機：		
戶籍地					
居住地					
就學情形	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 就學中(學校/班別_____ / _____)				
用藥種類	<input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 一粒眠 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 其他_____				
初次用藥年齡	_____歲 後遺症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____)				
是否接受治療或戒治	<input type="checkbox"/> 否 原因：_____ <input type="checkbox"/> 是 (方式 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 中途之家 <input type="checkbox"/> 矯治機關 <input type="checkbox"/> 康復之家 <input type="checkbox"/> 其他_____) (次數：_____次，接受治療單位名稱：_____)				
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 三代 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他_____				
家庭背景	居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 寄居親友家 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳(<input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____) 案主的主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 叔伯嬸姨姑 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭對案主關係： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突				
監護人或主要照顧者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____ 地址：_____				
主要問題	就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用 心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題 <input type="checkbox"/> 居住問題				
案情簡述					
備註					

承辦人：

主管：

※ 未成年輔導服務轉介單並同意書正本請密件函送桃園市毒品危害防制中心 (公文地址：33053 桃園市桃園區縣府路 55 號 / 聯繫電話：03-4631495)

未成年輔導服務同意書

本服務依據毒品危害防制條例第 2-1 條以及個人資料保護法第 8、15、16 條規定辦理

茲同意 _____ (身分證字號： _____ /受輔導人聯繫電話 _____)交由桃園市毒品危害防制中心進行輔導服務，其內容包括戒治輔導、疾病篩檢、心理治療、心理諮商輔導、尿液篩檢、社會福利、就業、就學輔導之相關轉介服務，且得將相關服務情形回復通報單位。

本人了解並同意以上服務依據毒品危害防制條例第 2-1 條以及個人資料保護法第 8、15、16 條規定辦理。

此致

桃園市毒品危害防制中心

法定代理人簽章：

法定代理人身分證字號：

法定代理人聯絡電話：

簽署日期： 年 月 日

(未滿 20 歲者申請本項服務需由法定代理人簽署同意書)