

臺中市青少年戒癮治療計畫—轉介單

附件2

一、基本資料：

編號：114-____-____

個案資料	姓名*：_____ 身分證字號*：_____ 性別： ☐ 男 ☐ 女
	生日*：_____ 在校學生： ☐ 是，學校：_____； ☐ 否
	電話：_____ 手機*：_____
	地址*：_____
	監護人或法定代理人：_____ 關係：_____
	監護人或法定代理人電話或手機*：_____
	除醫療外是否需其他協助： ☐ 是 ☐ 否
	☐ 就業轉介 ☐ 職業訓練 ☐ 經濟補助 ☐ 回歸校園 ☐ 心理諮商
	☐ 轉介法律服務 ☐ 其他_____
轉介單位資料	單位名稱：_____ 轉介人員：_____
	電話：_____ 傳真：_____
	轉介日期：____年____月____日 E-mail:_____

二、用藥史：

備註：「*」為必填欄位

1. 本次主要使用物質種類：

(1) 非法物質種類：

☐咖啡包 ☐K他命 ☐安非他命 ☐笑氣 ☐搖頭丸 ☐大麻
☐FM2 ☐喵喵 ☐神仙水 ☐強力膠 ☐海洛因 ☐其他_____

(2) 非管制性物質：

☐菸(香菸、電子菸)、☐酒、☐檳榔、☐其他：_____

2. 過去曾使用之非法物質：

☐咖啡包 ☐K他命 ☐安非他命 ☐笑氣 ☐搖頭丸 ☐大麻
☐FM2 ☐喵喵 ☐神仙水 ☐強力膠 ☐海洛因 ☐其他_____

3. 請簡述用藥情形(初次使用情形、施用種類、接觸來源、尿檢結果等，若無法詢問到請回覆無)：

此表單僅供轉介用，依據個人資料保護法，請妥為保管。請傳真至本局：04-25265303

聯絡人：04-25265394轉7106(林技士)

臺中市政府衛生局 關心您