

## 醫起護少陪伴計畫—轉介單

附件二

轉介單位：

編號：111-\_\_\_\_-\_\_\_\_

- 少年法庭     衛生局     教育局     社會局     警察局     少輔會  
 民間機構     醫療院所     自行求助     其他\_\_\_\_\_

個案資料	姓名*：_____ 身分證字號*：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生日*：_____ 在校學生： <input type="checkbox"/> 是，學校：_____； <input type="checkbox"/> 否 電話：_____ 手機*：_____
	地址*：_____
	除醫療外個案是否需其他協助： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 就業轉介 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 回歸校園 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 轉介法律服務 <input type="checkbox"/> 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: _____

用藥史：

備註：「\*」為必填欄位

物質種類	初次使用年齡	物質使用情形*
咖啡包	歲	____年____月____日(次)
K他命	歲	____年____月____日(次)
安非他命(安公子、冰糖)	歲	____年____月____日(次)
笑氣	歲	____年____月____日(次)
搖頭丸(MDMA)	歲	____年____月____日(次)
大麻	歲	____年____月____日(次)
安眠藥(FM2)	歲	____年____月____日(次)
海洛因(白粉、四號)	歲	____年____月____日(次)
其他：_____	歲	____年____月____日(次)

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 5616、5620 (陳個管師、蔡個管師)    臺中市政府衛生局    關心您