

臺灣臺中地方法院檢察署緩起訴處分金及認罪協商金 109 年醫起護少陪伴計畫

【單位名稱】臺中市政府衛生局

【單位負責人】曾梓展局長

【專案聯絡人】劉宜綺、蔡捷好個管師（04-25265394 # 5644、5642）

目錄

壹、	方案名稱.....	4
貳、	方案目標、目的.....	4
參、	處境分析.....	4
肆、	問題界定.....	4
伍、	需求評估.....	6
陸、	理論基礎.....	8
柒、	方案服務/活動內容.....	8
捌、	倫理考量.....	14
玖、	補助款用途/支用方式.....	15
壹拾、	評估指標.....	17
壹拾壹、	評估方式.....	17
壹拾貳、	預期效益.....	17

109 年醫起護少陪伴計畫

壹、方案名稱

109 年醫起護少陪伴計畫

貳、方案目標、目的

- 一、補助青少年戒癮治療費用，降低其就醫經濟負擔，強化其參與戒癮治療意願。
- 二、以醫療專業為核心，提供完善服務，增強青少年改變效能與接觸醫療之頻率，協助改善青少年用藥行為與重建自我價值，降低毒品再犯風險。
- 三、強化網絡合作機制，提升衛政、醫療、教育、警察及司法機關對於青少年藥物濫用之關注，投入更多資源共同防範。

參、處境分析

一、全球合成新興毒品日益增加且複雜

根據聯合國毒品暨犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）在 2018 年世界毒品報告（World Drug Report 2018）中指出 2017 年新興毒品（又稱新興影響精神物質，New Psychoactive Substances, NPS）全球已有發現 803 種，當中以合成之興奮劑最多、其次為合成大麻素、第三為迷幻劑，然而其危害性則是無法預估的。

在日本常見之新興毒品則以「合成大麻素」最大宗，其次為「合成卡西酮」，第三為「苯乙胺類」（Lee et al., 2017）。然而，台灣地區根據衛生福利部 106 年「藥物濫用案件暨檢驗統計年報」顯示，新興毒品以「合成卡西酮」成長最多，其中 Mephedrone（俗稱喵喵）檢出最多，其次為 Chloromethcathinone（氯甲基卡西酮）。由於新興毒品皆以化學合成之毒品，其製作費用便宜，亦造成危害不容小覷。

二、青少年施用二、三級毒品逐年增加

根據聯合國毒品暨犯罪辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）在 2018 年世界毒品報告（World Drug Report 2018）中指出 12 至 17 歲之青少年是初次接觸毒品之危險期，西方國家因大麻取得容易，且被認為傷害性低，使得「大麻」成為青少年常見的入門物質。

在東亞及東南亞地區於 2016 年前皆以「K 他命」為主，然而，近幾年因破獲許多製毒工廠，查緝量則有下降趨勢（UNODC, 2018）。另根據盧玉明等人(2016)之研究發現，針對中國青少年施用毒品的現況，則以「甲基安非他命」和「K 他命」最多，且有合併危險性行為之問題。

此外，台灣依據衛生福利部 105 年至 107 年「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」顯示，皆以通報施用第三級毒品(愷他命、FM2、一粒眠)為大宗，二級毒品(安非他命、搖頭丸及大麻)次之，但不容輕忽的是，通報施用二級毒品者已有逐年攀升之現象(105 年佔 32.1%、106 年佔 40.5%、107 則佔 41.2%)；且通報年齡中，19 歲以下以「K 他命」為主；20 至 29 歲以「甲基安非他命」居多，故針對青少年施用二、三級毒品問題值得注意。

三、臺中市青少年毒品現況

根據臺中市政府衛生局 107 年三、四級毒品危害講習中發放 946 份問卷結果顯示，第一次施用毒品年齡以 10 至 29 歲為主，共 837 人(88.5%)，其中有 360 人(38%)在 19 歲以下時已染毒，且有 230 人(24.3%)自述當時施用為學生身份。除之外，調查初次施用毒品之原因以「好奇」居多，佔 535 人(56.6%)、其次受「同儕影響」，佔 180 人(19%)、第三為「紓壓」123 人(13%)。

另臺中市家庭暴力及性侵害防治中心針對本市 107 年因施用毒品遭警查獲之未成年共 123 名，分析其施用毒品種類中以施用三、四級最多，佔 73 名(59%)、其次二級毒品佔 48 名(39%)，一級毒品 2 名(2%)；其中施用一、二級已佔 41%，可看出青少年施用毒品升級問題值得注意。

由上述可知，施用毒品年輕化之問題應及早向下預防，畢竟青少年染毒問題，往往非單一毒品外顯因素，可能也受個人內在、人際網絡、社會環境等因素之影響。

肆、問題界定

一、新興毒品的危害易被青少年族群忽略

新興毒品常混合二、三級毒品，製作成糖果、飲料等零食樣貌，在網咖、遊藝場……等青少年聚集之場所流通，藥頭又以各類話術讓青少年降低對毒品的警戒，當下若個人好奇及同儕慫恿之下易施用毒品。再者，新興毒品常藉由改變其化學結構規避各國毒品分級制度，導致法規難以規範，另受毒品

檢驗方法之限制，使得新興毒品不易檢出，以致嚴重低估其濫用現象。

總而言之，因新興毒品樣貌多元、被誤導立即傷害低且檢出不易，造成嚴重氾濫問題，在不明毒品混用下，對身體的危害難以估計，因此增強青少年對毒品危害之認知及加強法治教育有其必要性。

二、因 K 他命成癮性低，青少年戒癮動機弱

K 他命成癮性低、無戒斷症狀，故青少年初次接觸時，往往易忽略潛藏之危害，但長期施用下心理依賴性是大於生理，且會破壞大腦結構與膀胱泌尿系統。根據臺中市政府衛生局 107 年三、四級毒品危害講習中發放 946 份問卷中，當中 908 位施用者(96%)皆知毒品危害性，也有 9 成對於戒除毒品是充滿自信，但實際上卻高達 86%因「意志力(60%)」與「環境(26%)」影響而越陷越深，因此未來如何避免青少年再犯與提升戒癮動機將是首要任務。

三、青少年易受同儕環境影響

12 至 18 歲是形成自我概念的關鍵時刻，根據 Erickson 社會心理發展階段，青少年人格的發展危機是自我統合（認同）與角色混淆，從過去以家庭為重心，漸漸轉向以同學或朋友所形成的小團體，倘若平時相處的同儕亦持有或施用毒品，在此種情境下，要青少年不受環境影響更是極為困難，所以強化個案人際交友、危險情境因應也是相當重要。

伍、需求評估

一、國內對於施用非鴉片類施用者尚無有效治療模式

目前國內、外對於非鴉片治療尚無有效且明確的對策，且非鴉片類施用者過去曾主動求診的情形，更是少之又少，因此難以建立並發展有效的戒癮模式，故希望透過本計畫，提供持續且長期性的醫療服務，以利協助青少年盡早遠離毒害。

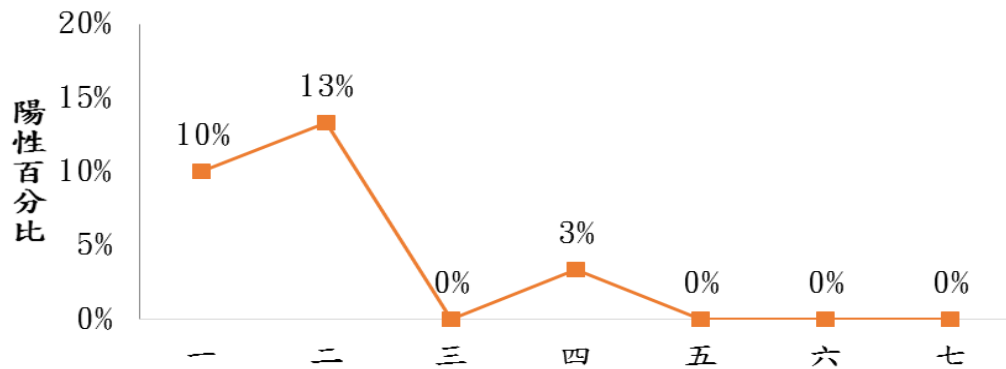
二、國內健保尚未給付藥癮戒治

目前藥癮戒治尚無健保補助，而社會局之補助項目大多為緊急醫療補助費用為主，對於青少年家境不好或家長無穩定收入者，難以負擔長期的治療費用，綜觀國內外現今之趨勢，以朝向藥癮戒治服務為主，因此，如何讓他們接受並長期參與醫療戒治，將是我們首要之目標。

三、參加醫療介入者毒品再犯情形易改善

(一)隨治療次數增加驗尿陽性率 0%

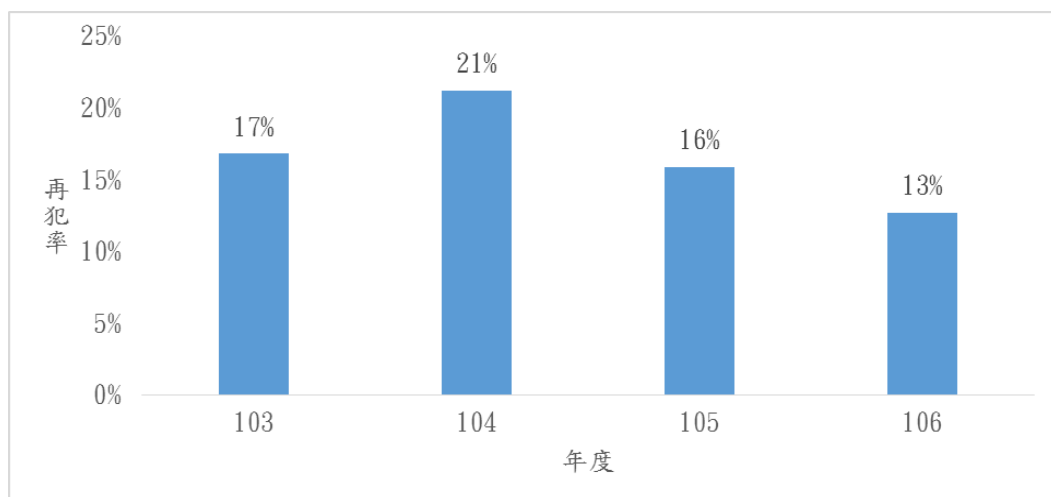
107 年度門診驗尿，在前四次驗尿，K 他命皆有 1 至 3 名呈現陽性反應，且有 1 至 2 名驗出安非他命及鎮定劑，但隨著門診次數的增加，個案使用毒品的狀況已有改善，多數個案驗尿結果皆已呈陰性，如圖一。



圖一、驗尿結果陽性變化圖

(二)青少年治療後施用毒品再犯率平均為 16.7%

本市自 103 年開始實施青少年戒癮計畫，依據少年法庭裁定之 3 大類項目含販賣毒品、施用迷幻藥、虞犯(不良行為或觸犯刑罰法律之虞者)進行「再犯」分析如圖二所示，若青少年參與治療者其再犯率平均為 16.7%。



圖二、歷年施用毒品再犯率

備註 1：再犯率： $N+1$ 年再犯人數/ N 年參加青少年戒癮計畫總人數 $\times 100\%$

陸、理論基礎

一、動機式晤談

由於青少年施用 K 他命成癮性低、無戒斷症狀，但透過運用 Miller(1991) 的「動機式晤談 (Motivational Interviewing, MI)」，有助於青少年建立與提升改變行為之意願，並作出承諾與行動的一種會談技巧，其理論模式是以「個案中心治療 (Person-Centered Therapy)」的輔導理論、再搭配認知治療、系統理論、以及社會心理學中的「說服」技巧。在服務過程中，治療者須有一定的目的與方向，且積極在適當的時機切入，將能逐漸增強個案改變戒癮動機，以利增強治療之成效。

二、預防復發理論

成癮的復發時至今日仍然令人感到相當棘手，本計畫之團體心理治療採用 Marlatt 與 Gordon (1985)「預防復發理論 (Relapse Prevention model)」，透過 6 次團體課程，讓青少年在團體相互分享及討論，並從中體認到毒品對其身心的危害，以及未來若再遇到高危險情境時，應該如何即時因應，有助降低毒品復發之可能性。

柒、方案服務/活動內容

一、服務對象（需符合下列兩項）：

(一) 18 歲以下之青少年為主；若仍就學中，得延伸至 23 歲以下或由少年法庭轉介之個案。

(二) 以施用非鴉片類毒品為主。

二、服務人數

109 年 1 月至 12 月預計服務人數 50 人（含延續性治療）。

三、服務機構

本市符合衛生福利部指定藥癮戒治醫院。

四、輔導及治療計畫

(一) 治療計畫流程圖（附件一）

(二) 治療期程：

3 個月為一期，後續由轉介機關追蹤半年。

(三) 治療方式：

治療內容		次數	頻率	時間	驗尿	備註
門診		4-7 次	1-2 次/月	30-60 分	固定	含初診次數
個管師會談		1-7 次	1-2 次/月	30 分	無	搭配門診時間 視個案狀況而 訂定
心理 治療	個別	6 次	1 次/兩週	1 小時	隨機 2 次	視個案狀況而 訂定
	家族	6 次	1 次/兩週	1.5 小時	-	

(四) 轉介流程：

1. 轉介單位：申請戒癮服務

- (1) 解釋本計畫目的、內容。
- (2) 家長、監護人或法定代理人（若為安置機構轉介則是機構負責人）須簽署說明書（附件二）並願意陪同就醫，才納入收案標準。
- (3) 填寫轉介單與用藥史（附件三）。
- (4) 填妥完畢請一併傳真至衛生局進行開案動作，正本由原單位留存。

2. 衛生局：開案評估及回覆

- (1) 確認評估資料是否填妥及完整。
- (2) 將於 3 日內回覆轉介單位是否完成約診。
- (3) 以電訪安排個案及家屬初診時間，提醒家屬當天務必陪同前往。
- (4) 若 1 個月內通知 3 次皆未能聯繫上將不予開案，衛生局將填寫轉介回覆單（附件四）提供聯繫概況，發函至原轉介單位，並副知少年法庭。

3. 轉介單位：接收轉介回覆單

告知個案每次看診時，請攜帶轉介回覆單和健保卡或身份證以核對身份，並找醫院聯絡人報到。

4. 醫療院所：治療流程

(1) 門診治療

- 初診：醫師進行初診評估（附件五）、個管師協助前測問卷（附件六）和驗尿，並擬定個案治療計畫。
- 複診：最後一次回診填寫後測問卷及結案評估摘要表（附件七）和驗尿。
- 初診評估、前測、後測問卷依核銷期程寄回衛生局建檔。
- 醫院窗口於治療後一週內將現況治療表（附件九）回報予衛生局。

(2) 治療計畫

●定期回診

- 依個案狀況調整看診頻率，至少 4 次，最高上限 7 次，每次回診須搭配驗尿（4-7 次）。

●個管師會談

- 個管師資格：
從事藥癮醫療相關人員（如護理、心理、社工、職能治療等）。
- 服務對象：
藉由回診時，由個管師先行與個案會談（1-4 次），評估治療動機，若有意願接受個別心理治療再轉介心理師服務；若無意願接受心理治療或經醫師評估後需持續會談者，故由主責個管師予以個別會談。
- 會談內容：
以整體性評估個案問題（如健康、家庭、生活、工作等），必要時提供社會福利及資源轉介等服務。
- 頻率：每次至少 30 分鐘，共 7 次。
- 每次會談結束後，須撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

●個別心理治療

- 服務對象：
經醫師評估需接受個別心理治療或不適合團療者。
- 頻率：每次 60 分鐘，共 6 次。
- 每次會談結束後，須撰寫紀錄並與各主責醫師討論個案進展情形，及

後續治療方式。

- 若經醫師評估，個案有需長期性個別心理治療得以延長，最高補助 12 次。

●家族治療

- 服務對象：經醫師評估個案及家屬有此需求者。
- 頻率：每次 90 分鐘，共 6 次。
- 每次治療結束後，需撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

5. 醫院：結案標準

(1) 結案標準：

- 連續通知 3 次未遇或未到且經探詢無正當理由者，予以結案。
- 若為少年法庭轉介個案先洽詢保護官意見，若結案後有其開案必要，則再次開案。
- 治療完成 3 個月者。

(2) 由醫師填寫結案評估摘要表（附件八），請於一週內傳真至衛生局。

(3) 衛生局將結案評估摘要表知會轉介單位，後續由原單位追蹤輔導 3 個月。

6. 尿液檢測

尿液結果並不影響司法判決且不提供給檢調單位，僅供醫療團隊或轉介單位了解治療進展與整體計畫成效分析之用，請務必告知個案及家屬。

7. 獎勵機制

(1) 多元獎勵機制：

為鼓勵青少年持續參與戒癮治療，本計畫提供「立即性獎勵」，藉以增強個案正增強；除此之外，也特別規劃「刺激增強法」，針對完成治療療程者，除肯定個案努力改變外，將提供與健康休閒娛樂有關之票券，讓青少年可邀請重要他人一同分享重生的喜悅。

支付項目	獎勵項目	會談次數	獎勵費用	備註
1. 個管師會談 2. 個別心理治療 3. 家族治療	提供商品卡、餐券或 LINE Point 點數等多元商品。	1	約 100 元/次 等值商品	給予標準： 1. 準時出席 2. 會談時間達計畫規定
完成治療療程	提供與健康休閒娛樂有關之票券，如下午茶券、電影票等多元等多元商品。	4	約 600 元等 值商品	給予標準： 至少完成 4-7 次門診及 參與個管師會談至少 2 次，且經醫師確定可予以 結案並填完後測問卷後 發送。

(2) 為鼓勵積極轉介個案，協助更多青少年遠離毒品，請各網絡單位針對績優人員從優敘獎，予以勉勵。

(五) 個案治療中斷或結束治療後續追蹤輔導流程

針對治療中斷或結束治療者，衛生局將發函知會原轉介單位，續由原單位再持續輔導。

(六) 子計畫 1：矯正機關藥物濫用認知輔導團體

1. 實施內容及方法

(1) 認知輔導團體流程圖（附件十一）。

(2) 授課對象：

由少年法庭法官及少年觀護所（簡稱少觀所）輔導員篩選因毒品問題入所或曾有施用毒品之少年，作為授課對象，每團人數以不超過 12 人為限。

(3) 講師資格：

- 主帶領者：由醫師、心理師、社工師、職能治療師、護理師且從事藥癮戒治三年以上之醫療相關人員。
- 副帶領者：從事藥癮戒治一年以上經驗之醫療相關人員。
- 主帶領者最多由 2 位輪替，惟須由一位副帶領者專責帶領該團，共計 6 次課程。

(4) 上課頻率：

配合少觀所規劃時間，原則每週 2 次（2 小時/次），每團共 6 次（共 3 週）。

(5) 授課地點：法務部矯正署臺中少年觀護所。

(6) 請假原則：

本計畫以不補課為原則，若有不可抗拒或特殊因素，如少年發燒或罹患法定傳染疾病需隔離者，可允許學員請假。

(7) 課程設計：

採循環式課程，以下列六大類（法治教育、藥物常識、戒藥資源、壓力管理、情緒管理、社交技巧）為主要課程（附件十二），並運用前、後測問卷及滿意度調查，進行整體成效評估。

2. 提供個別心理會談

- (1) 針對參加認知輔導團體之學員，於第 6 次課程結束前，每人安排個別會談 1 次，每次至少 50 分（即第 5 次至第 6 次團體課程間辦理，並完成會談紀錄），以評估個案參加團體後，對於藥物濫用認知、戒除動機及復發使用之可能性及出監後是否接續參加醫起護少陪伴計畫。
- (2) 在所內評估後，個案有意持續個別心理治療者，視個案個別性，於出所後由心理師安排會談場所，提供 1 至 4 次個別心理治療服務。
- (3) 經個別心理治療評估後建議參加戒癮治療者，請個案於計畫同意書（附件七）簽署同意，並交由本局後續追蹤。

3. 預估成效：

- (1) 提高施用藥物濫用之少年接受專業協助之次數。
- (2) 專業輔導介入，降低青少年使用毒品之頻率並提升毒品防制相關知識與了解戒癮資源，以利未來出所後能多加運用。

(七)子計畫 2：免費藥物尿液快速檢驗試劑

1. 實施目的

基於預防端立場，為有效防制新興毒品氾濫，以公共衛生角度介入服務，提供「五合一尿液篩檢試劑」藉由家長或少年索取過程，評估民眾需求與毒品問題，再給予毒品相關諮詢或戒癮轉介服務，非以驗尿結果為目的。

2. 篩檢種類：五合一尿液篩檢試劑（如安非他命、K 他命、大麻、一粒眠、K2 等常見毒品）。

3. 發放數量：預計發放 25 劑。

4. 領取方式：民眾可匿名至臺中市政府衛生局免費索取，僅須留下聯繫方式或加入本局官方 line，以利後續追蹤。

5. 後續輔導：由本局承辦人員於 2 週後進行追蹤關懷。

(八)聯繫會議暨個案研討

邀集相關網絡單位（如：少年法庭、少年觀護所、醫院及相關轉介單位），每年至少辦理 2 次，針對本計畫相關議題或個案進行討論。

捌、倫理考量

- 一、基於研究倫理考量，不希望個案在戒癮治療中受到傷害，務必事先告知治療之目的與治療過程，由個案決定是否願意參加。
- 二、治療過程提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療，且療程中若有任何問題與意見皆可隨時提出或終止。
- 三、因應個人資料保護法推行，除參與本研究團隊者不可直接翻閱個案內容，以確保個案隱私，並避免資料外洩。

玖、補助款用途/支用方式

經費科目	經費項目	單價×數量	預算金額 A+B+C	自籌款		緩起訴處分 金核定金額 C	備註
				申請其他單位補助 A	單位自行編列 B		
初診評估費	門診費	300 元*35 人	10,500	0	0	10,500	
	醫師診察費	257 元*35 人	8,995	0	0	8,995	
	診斷性會談	1,031 元*35 人	36,085	0	0	36,085	
	藥癮評估	640 元*35 人	22,400	0	0	22,400	
複診評估費	門診費	300 元*90 人次	27,000	0	0	27,000	
	醫師診察費	257 元*90 人次	23,130	0	0	23,130	
	藥癮評估	310 元*90 人次	27,900	0	0	27,900	
尿液篩檢		250 元*130 人次	32,500	0	0	32,500	
心理治療	團體領導鐘點費	2,000 元/時*2 時*6 次*9 團	216,000	0	0	216,000	由醫師、心理師、社工師、職能治療師、護理師且從事藥癮戒治三年以上之醫療相關人員。
	協同領導鐘點費	1,000 元/時*2 時*6 次*9 團	108,000	0	0	108,000	從事藥癮戒治一年以上經驗之醫療相關人員。
	團體總成果報告	1,600 元/份*9 團	14,400	0	0	14,400	以每千字 800 元計算。
	個管師會談	400 元*80 人次	32,000	0	0	32,000	從事藥癮之醫療相關人員（如護理、社工、心理、職能治療等）

經費科目	經費項目	單價×數量	預算金額 A+B+C	自籌款		緩起訴處分 金核定金額 C	備註
				申請其他單位補助 A	單位自行編列 B		
	家族治療	2,400 元/ 次*18 人次	43,200	0	0	43,200	家族治療每次會談 90 分鐘，共補助 40 人次，依每次治療紀錄核銷。
	個別心理治療	2,000 元/ 時*80 人次	160,000	0	0	160,000	由心理師進行會談，每次會談 60 分（含少觀所個別心理治療）。
講師費		2,000 元/ 時*16 時	32,000	0	32,000	0	
獎勵品		100 元*100 人次	10,000	0	0	10,000	1. 每次參與以下會談治療者提供 100 元等值獎品。 (1) 個管師會談 (2) 個別心理治療 (3) 家族治療 2. 完成治療療程者（至少完成 4-7 次門診及參與個管師會談至少 2 次），且經醫師評估可予以結案並填完後測問卷，提供 600 元等值獎品，以表鼓勵及肯定。
成果報告撰寫		20,000/式	20,000	0	0	20,000	含執行現況與分析結果與成效。
餐費		80 元/份 *30 人*2 場	4,800	0	4,800	0	
人事費		500,000/年	500,000	0	500,000	0	月薪 33,046*12 月、勞健保及勞退、1.5 個月年
雜支		11,090/年	11,090	0	11,090	0	
合計		1,875,250		0	547,890	772,110	
總自籌款比例(A+B)/(A+B+C)					41.5%	58.5%	

壹拾、評估指標

- 一、減少使用非法藥物行為。
- 二、改善青少年身心及情緒狀況。
- 三、提升青少年對毒品危害之認知。
- 四、家人及個案接受治療之滿意度提升
- 五、醫事人員服務滿意度調查。

壹拾壹、評估方式

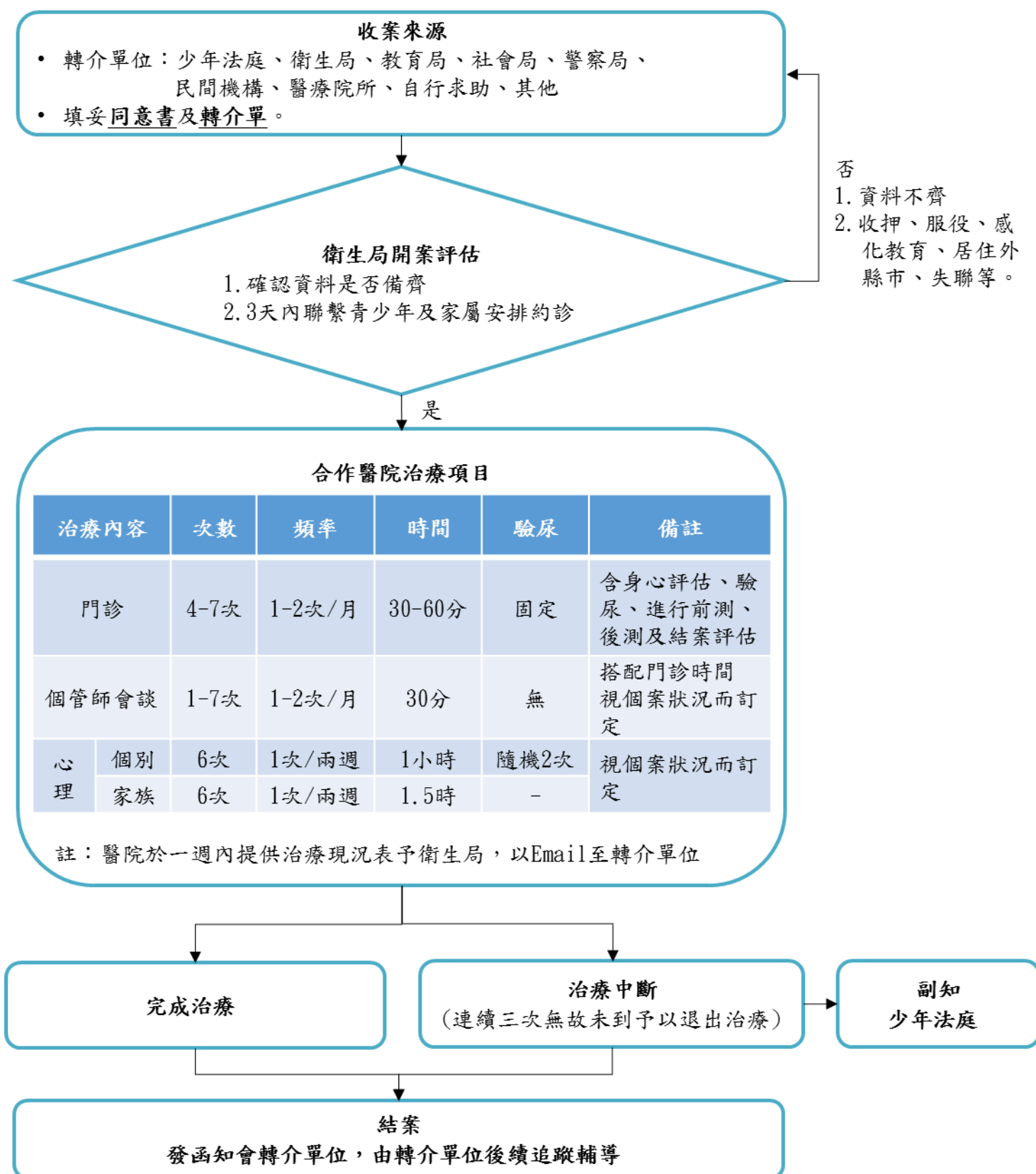
- 一、採用問卷施測，進行前、後測。
 1. 前測：初診時評估。
 2. 後測：複診最後一次評估。
 3. 個案回饋表（附件十）：於回診時填答，以利即時了解當天醫事人員服務概況，以利提供最適切之服務方式。
- 二、尿液檢驗報告：運用回診時進行 3-7 次驗尿。
- 三、醫師需撰寫結案評估摘要表，以瞭解個案參與醫療治療之狀況。
- 四、治療期程結束後，由原轉介單位持續追蹤。
- 五、採統計分析之方式進行成效統計。

壹拾貳、預期效益

- 一、經由戒癮治療經費補助，增加施用毒品之青少年接受醫療服務次數。
- 二、醫療專業介入，降低青少年使用毒品之頻率。
- 三、透過家庭及相關人員陪同參與，提升青少年戒癮動機，並延長參與治療之意願，降低再次使用毒品機率。

109 年醫起護少陪伴計畫

流程圖



109 年醫起護少陪伴計畫-同意書

毒品濫用已嚴重危害青少年的身心健康與人際關係，根據國外研究指出，要有效協助青少年遠離毒品的誘惑，必須從青少年的身心輔導、家庭與社會支持系統做起，尤其「醫療」對於多次施用毒品之青少年而言，更為重要。為了鼓舞青少年朋友勇敢站出來面對毒品問題，也協助家人學習如何幫助家中正面臨毒品困擾的孩子，臺中地檢署與臺中市政府特別結合醫師、個管師、心理師、社工師等，以「治療」為核心，伴隨心理輔導與親子溝通，希望增強青少年拒絕毒品的決心與能力，改善家庭與人際互動關係，一同從心開始，重新出發。

壹、輔導及治療內容：

- 一、由個人或轉介單位提出申請後，須先經衛生局及醫院審核評估通過。
- 二、家長（監護人、法定代理人或安置機構）需於預約時間內回診，陪伴孩子前往醫院，一同關心孩子努力改變的過程。
- 三、治療期程：至少 3 個月
- 四、由醫療團隊評估並規劃適合的治療方式，內容如下：

（一）定期回診：由醫師評估視個案狀況，安排回診 4-7 次並搭配驗尿，其尿液結果不具法律效應，僅供醫療團隊作為治療進展之參考依據。

（二）個管師會談：由個管師視個案及家屬狀況，搭配回診時間進行會談，30 分鐘/次。

（三）心理治療：由醫療團隊評估是否需進入此療程。

1. 個別心理治療：針對需個別治療者或不適合參加團療者，1 小時/次，共 6 次。

2. 家族治療：以有意願之個案及家屬為優先，1.5 小時/次，共 6 次。

五、治療費用：針對藥癮治療費用全額由公家補助

貳、個人隱私與權益

本計畫治療過程將提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療與輔導，若治療中有任何問題與建議，皆可以隨時提出，電話為 04-25265394 轉 5622、5625（劉個管師、蔡個管師）。相關個人資料，亦受到「個人資料保護法」之保障，不會非法外洩。

※備註：是否願意知會學校一同輔導關心個案 ☐ 願意 ☐ 不願意

本人已詳閱、理解上述說明，並簽名於下：

接受戒癮治療人（簽名）：_____聯絡電話：_____

監護人或法定代理人（簽名）：_____聯絡電話：_____關係：_____

安置機構負責人（簽名）：_____機構名稱：_____

【簽名完成後，正本留存於原單位，另將影本交付上揭簽名人收執，再連同轉介單（附件三）回傳至衛生局】

請貴家長勾選一家未來方便帶您子女就醫之醫院與時段，以利安排初診時間

<input type="checkbox"/> 1. 臺中榮民總醫院〈戒癮門診〉 地 址: 台中市西屯區臺灣大道四段 1650 號 聯絡人: 李淑華 電話: 04-23592525 #1116 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 (14:00-17:00) <input type="checkbox"/> 週三 (14:00-17:00) (彈性複診) <input type="checkbox"/> 週三 (09:00-12:00)
<input type="checkbox"/> 2. 中國醫藥大學附設醫院〈一樓精神科門診〉 地 址: 臺中市北區美德街 166 號 (美德醫療大樓) 聯絡人: 李文瑩 電話: 04-22052121 #1183 時 段: <input type="checkbox"/> 週二 (13:30-16:30) <input type="checkbox"/> 週二 (18:00-20:00) 限複診預約制 <input type="checkbox"/> 週三 (13:30-16:00) 預約制 <input type="checkbox"/> 週四 (08:30-11:30) <input type="checkbox"/> 週六 (10:30, 每月第 1、3 週) 限複診預約制
<input type="checkbox"/> 3. 中山醫學大學附設醫院 (身心科門診) 地 址: 臺中市南區建國北路一段 110 號 聯絡人: 李佩芸 電話: 04-24739595 #38837、38831 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 (14:00-17:30) 預約制 <input type="checkbox"/> 週一 (18:00-20:00) 預約制 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 (09:00-12:00) <input type="checkbox"/> 週五 (14:00-17:30)
<input type="checkbox"/> 4. 澄清中港分院〈精神科門診〉 地 址: 臺中市西屯區台灣大道四段 966 號 聯絡人: 祝小芸 電話: 04-24632000 #32564 時 段: <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週四 (09:00-12:00) <input type="checkbox"/> 週五 (14:00-17:00) <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週五 (18:00-21:00)
<input type="checkbox"/> 5. 國軍臺中總醫院 (美沙酮戒毒特別門診) 地 址: 臺中市太平區中山路二段 348 號 聯絡人: 劉秀春 電話: 0961-525869 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 (08:30-12:00)
<input type="checkbox"/> 6. 沙鹿童綜合醫院〈美沙冬特診〉 地 址: 臺中市沙鹿區成功西街 8 號 聯絡人: 劉淑君、陳秀君 電話: 04-26626161 #171、112 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 (複診 10:00-12:00) 預約制 (初診提前至 09:30)
<input type="checkbox"/> 7. 光田綜合醫院大甲院區〈青少年戒癮門診〉 地 址: 臺中市大甲區經國路 321 號 聯絡人: 林鈺芸 電話: 04-26885599 #1125、1142 時 段: <input type="checkbox"/> 週三 (13:30-15:30)
<input type="checkbox"/> 8. 宏恩醫院龍安分院〈身心科門診〉 地 址: 臺中市南區德富路 145 巷 2 號 聯絡人: 林怡雯 電話: 04-37017188 #603 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 (14:00-18:00) <input type="checkbox"/> 週五 (09:00-12:00) <input type="checkbox"/> 週五 (14:00-18:00)
<input type="checkbox"/> 9. 賢德醫院〈一樓精神科門診〉 地 址: 臺中市太平區宜昌路 420 號 聯絡人: 許亞欣 電話: 04-22732551 #187 時 段: <input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 (08:00-11:30)
<input type="checkbox"/> 10. 青海醫院 地 址: 臺中市石岡區石岡街下坑巷 41-2 號 聯絡人: 劉俚如 電話: 04-25721694 #133 時 段: <input type="checkbox"/> 週二 (13:30-16:40) <input type="checkbox"/> 週四 (09:00-12:00)

109 年醫起護少陪伴計畫 轉介單

轉介單位：

編號：109-____-____

☐ 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*：_____ 在校生： <input type="checkbox"/> 是，學校：_____； <input type="checkbox"/> 否
	電話：_____ 手機*：_____
料	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"/> 就業協尋 <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

<input type="checkbox"/> (1) K 他命、愷他命 (ketamine)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (2) 搖頭丸、快樂丸 (MDMA)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (3) 安非他命 (安公子、冰糖)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (4) 液態快樂丸、G 水 (GHB)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (5) FM2、十字架 (615、815、強姦藥丸)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (6) 搖頭丸、一粒沙 (LSD)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (7) 笑氣.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (8) 大麻、飯、老鼠尾巴.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (9) 神仙水.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (10) 強力膠、煉丹.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (11) 白粉、四號 (海洛因)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (12) 燕窩 (FM2 與白板之混合物)	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (13) 古柯鹼.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (14) 鴉片類.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (15) 嗎啡.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (16) 安眠藥或鎮靜劑類.....	前前後後共使用了多久：____年____月
<input type="checkbox"/> (17) 其他，請說明：_____.....	前前後後共使用了多久：____年____月

本題您回答所使用過的藥物中，何者是您最常用的藥物？_____

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 5622、5625 (劉個管師、蔡個管師) 臺中市政府衛生局 關心您

109 年醫起護少陪伴計畫-轉介回覆單

編號:109 - ____ - ____

填表日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日

姓名:	身分證字號:		
轉介單位	單位名稱: 電 話:	聯絡人: 傳 真:	
總窗口	單位名稱: 臺中市政府衛生局 電 話: 04-25265394 轉 5622、5625	聯絡人: 劉宜綺、蔡捷妤 傳 真: 04-25265303	

☐開案服務: 初診時間 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 醫 院: _____ 地 址: _____
 門診時段: _____
 聯 絡 人: _____ 電 話: _____

☐不開案服務:
☐程序資料不符, 無法開案服務。
☐收 押 中, 暫無法提供收案, 待出監後再行轉介。
☐服 役 中, 暫無法提供收案, 待服役後再行轉介。
☐感化教育, 暫無法提供收案, 待離開矯正機關後再行轉介。
☐無居住本市, 無法開案服務。
☐失聯, 請確認行蹤再轉介。
☐其他: _____。

	初 診	複 診					
門 診	日期: 時間: 醫師簽名:	日期: 時間: 醫師簽名:	日期: 時間: 醫師簽名:	日期: 時間: 醫師簽名:	日期: 時間: 醫師簽名:	日期: 時間: 醫師簽名:	日期: 時間: 醫師簽名:
個 別 會 談	個管師簽名:	個管師簽名:	個管師簽名:	個管師簽名:	個管師簽名:	個管師簽名:	個管師簽名:
心 理 治 療	<input type="checkbox"/> 團體治療 <input type="checkbox"/> 個別治療 <input type="checkbox"/> 家族治療	日期: 時間: 簽名:	日期: 時間: 簽名:	日期: 時間: 簽名:	日期: 時間: 簽名:	日期: 時間: 簽名:	日期: 時間: 簽名:

【應遵守事項】

- 請各位家長於指定時間內帶您孩子前往指定合作醫院, 並先自行掛號後接受醫療評估, 如臨時有事無法前往, 請撥電話至醫院聯絡人辦理請假手續。
- 每次看診請攜帶轉介回覆單、身分證或健保卡, 以辨識身分, 結束後請醫事人員簽名或蓋章, 並預約下次治療時間。

註 1: 本單計二聯。第一聯由原單位自行留存; 第二聯; 由個案交付家長留存。

第二聯

(本聯由個案交付家長收執)

109 年醫起護少陪伴計畫轉介回覆單

編號:109 - ____ - ____

填表日期： 年 月 日

姓名：	身分證字號：		
轉介單位	單位名稱： 電 話：	聯絡人： 傳 真：	
總窗口	單位名稱：臺中市政府衛生局 電 話：04-25265394 轉 5622、5625	聯絡人：劉宜綺、蔡捷好 傳 真：04-25265303	

☐開案服務：初診時間 年 月 日

醫 院：_____ 地 址：_____

門診時段：_____

聯 絡 人：_____ 電 話：_____

☐不開案服務：☐程序資料不符，無法開案服務。☐收 押 中，暫無法提供收案，待出監後再行轉介。☐服 役 中，暫無法提供收案，待服役後再行轉介。☐感化教育，暫無法提供收案，待離開矯正機關後再行轉介。☐無居住本市，無法開案服務。☐失聯，請確認行蹤再轉介。☐其他：_____。

	初 診	複 診					
門 診	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：
	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：
心 理 治 療	<input type="checkbox"/> 團體治療 <input type="checkbox"/> 個別治療 <input type="checkbox"/> 家族治療	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：

【應遵守事項】

1. 請各位家長於指定時間內帶您孩子前往指定合作醫院，並先自行掛號後接受醫療評估，如臨時有事無法前往，請撥電話至醫院聯絡人辦理請假手續。
2. 每次看診請攜帶轉介回覆單、身分證或健保卡，以辨識身分，結束後請醫事人員簽名或蓋章，並預約下次治療時間。

註 1：本單計二聯。第一聯由原單位自行留存；第二聯；由個案交付家長留存。

編號：109-____-____ 109 年醫起護少陪伴計畫-初診評估表

一、基本資料

姓名：_____ 個案來源：_____ 性別：☐男 ☐女 出生日期：_____ 年 _____ 月

聯絡地址：_____

聯絡電話：(____) _____ 行動電話：_____

就學狀況：☐已畢業 ☐中輟 ☐休學 ☐就學中 (念到幾年級：_____ 年級)教育程度：☐不識字 ☐國小 ☐國中 ☐高中職 ☐專科 ☐大學父母婚姻：☐有正式婚姻 ☐分居尚未離婚 ☐離婚 ☐同居父母存歿：☐存 ☐歿 (☐父 ☐母)居住狀況：☐自己住 ☐與家人同住 ☐與朋友同住 ☐安置機構內就業狀況：☐無 ☐有，說明：_____ 每月收入：_____

緊急聯絡人：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____

二、療效評估表 (TOP)

(一) 藥物使用

請紀錄個案在藥物使用當天的平均用量以及過去四週每週的使用天數

	Average	Week 4	Week 3	Week 2	Week 1	Total
a. 菸	<input type="text"/> cigarette/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b. 酒精飲料	<input type="text"/> units/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. 安非他命	<input type="text"/> g/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
d. 大麻	<input type="text"/> spliff/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
e. K他命	<input type="text"/> g/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f. 搖頭丸	<input type="text"/> g/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
g. 鴉片類物質	<input type="text"/> g/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
h. 古柯鹼	<input type="text"/> g/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
i. 其他非法物質	<input type="text"/> g/day	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

名稱：_____

(二) 毒品經濟來源

1. ☐家人 ☐積蓄 ☐工作 ☐救助金 ☐犯法(偷、搶、性交易等) ☐販毒 ☐其他_____

2. 每個月花費多少購買毒品？_____

(三) 有無戒毒經驗

☐1 無 ☐有 (☐一次 ☐一到五次 ☐五次以上)

(四) 危險注射行為

在過去四週每週注射非處方藥物的天數(如果沒有注射行為，請填 0 並跳至犯罪行為部份)

	Week 4	Week 3	Week 2	Week 1	Total
a 注射行為	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b 共用針具(針頭或注射器)?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> 任一項符合填 'Y'，否則填 'N'
c 共用湯匙、水、或過濾器?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

(五) 犯罪行為

請紀錄個案在過去四週商店行竊與販毒的天數，並記錄其他犯罪行為

	Week 4	Week 3	Week 2	Week 1	Total
a 商店行竊（順手牽羊）	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b 販毒	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c 竊取車內物品或偷車	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				<input type="text"/> 任一項符合填'Y'，否則填'N'
d 偷竊其他財物	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
e 騙取財物、偽造假鈔或販賣贓物	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				<input type="text"/> 填'Y'或'N'
f 暴力侵犯或傷害他人	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

(六) 健康狀態與社會功能

a 個案對自己心理健康狀態的評分（焦慮、憂鬱以及情緒控制等）

差 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 好 0-20

請紀錄過去四週每週的工作與上課天數

	Week 4	Week 3	Week 2	Week 1	Total
b 有收入的工作天數	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c 參與學校上課的天數	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
d 個案對自己身體健康狀態的評分（生活上受到身體疾病影響的程度）					

差 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 好 0-20

請紀錄過去四週在居住方面是否遇到困難

e 無棲身之處（無家可歸）	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
f 隨時可能被迫搬遷	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
g 個案對自己生活品質整體的評分（例：生活過的很快樂、與家人和朋友相處愉快，感情融洽）			

差 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 好 0-20

三、藥物依賴嚴重度量表（中文版授權翻譯：陳錦宏醫師）

物質依賴程度量表	從來沒有或幾乎沒有	有時	常常	總是或幾乎總是
1. 過去一年內，你是否曾覺得你的藥物使用已經失去控制？				
2. 過去一年內，你是否會因即將不能用藥物而感到非常焦慮或煩惱？				
3. 過去一年內，你是否為自己使用藥物而感到煩惱？				
4. 過去一年內，你是否希望自己能停掉藥物？				
	毫無困難	一點點困難	相當困難	極度困難
5. 你覺得不用物質有多困難？				

編號: 109 - ____ - ____

109 年醫起護少陪伴計畫-前測問卷

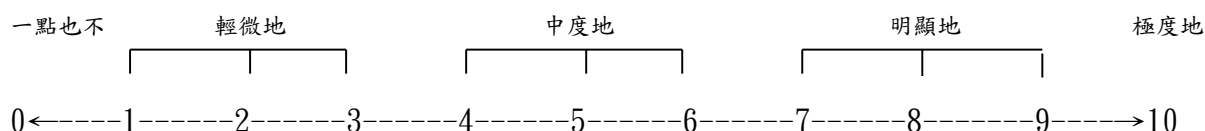
一、失能量表 SHEEHAN

1983 David V. Sheehan 版權所有並保留所有權利 (中文版授權翻譯: 陳錦宏, 周仁宇, 李昭慧, 林亮吟)

請於各量尺圈選「一個」選項

工作*/學校

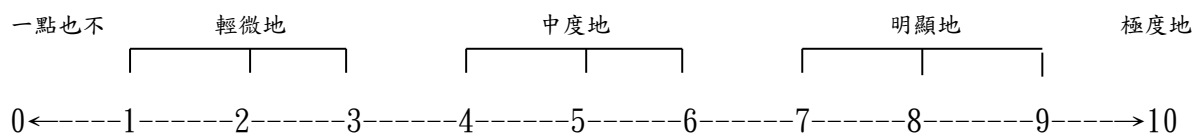
這些藥物已經阻礙了你的工作/課業

☐ 過去一週我都沒有工作/上學, 原因與 K 他命無關。

* 工作包含支薪、不支薪的志工工作或訓練

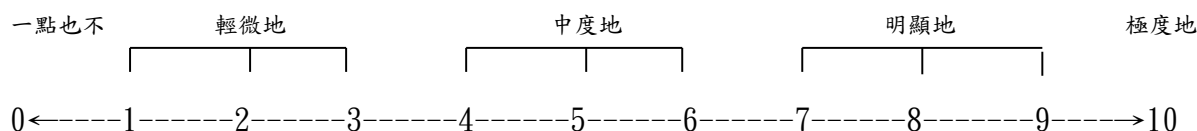
社交生活

這些藥物已經阻礙了你的社交生活/休閒生活



家庭生活/居家責任

這些藥物已經阻礙了你的家庭生活/居家責任



損失日數

過去一週裡, 有多少天你因藥物而造成缺課、曠職、或使你無法完成每日常規性的責任呢?

_____ 天

未達成效的日數

過去一週裡, 有多少天你因藥物而覺得能力備受損害, 即使去了學校或去工作, 你的生產力也下降了? _____ 天

你會如何評價最近一週的整體生活品質?

- ☐ 非常差, 我的生活無法再更糟了
- ☐ 相當差, 多數事情都不順利
- ☐ 好的部分和壞的部分大概一樣多
- ☐ 相當好, 多數事情都很順利
- ☐ 非常好, 我的生活再好不過

二、衝動量表 (BIS-11) (中文版授權耶魯大學 Chiang-shan Ray Li 教授、八里療養院廖定烈醫師)

每個人在不同的情況下，都有自己想事情及做事情的方式。這份是在瞭解您在一些狀況下處置的方式。請仔細閱讀每一個敘述，並於右側勾選您認為最適合的答案。請您快速並誠實地回答，不用花很多時間在一個問題上。

		從未	偶而	時常	總是
1.	我細心計劃事務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我做事不經思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我很快就打定主意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	我樂天隨意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	我心不在焉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	我的念頭轉得很快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	我提早規劃好行程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	我是頗能自制的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	我很容易專心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	我定期儲蓄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		從未	偶而	時常	總是
11.	我看表演或聽演講時，會扭動不耐煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	我是一個仔細思考的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	我計劃讓工作（打工）安全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	我說話不經思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	我喜歡想一些複雜的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	我轉換工作（打工）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	我衝動行事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	用心思考問題時，我很容易覺得厭煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	我一想到什麼就去做	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	我是一個穩健思考的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		從未	偶而	時常	總是
21.	我更換房間內的擺設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	我因一時衝動而買東西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	我一次只能想一件事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	我改變休閒嗜好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	我花的錢比我賺的還多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	我在思考時，常想到其他無關的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	我重視現在多於未來	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	我在課堂上或看表演時覺得坐立不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	我喜歡解謎題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	我會為未來作打算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

過去二週中，你會覺得…	一點 也不	有幾天	超過 一半	幾乎 天天
1. 做事沒有興趣或樂趣？	0	1	2	3
2. 憂鬱（你會覺得心情低落或是鬱悶、或感到絕望）？	0	1	2	3
3. 睡眠問題（睡不著、易醒、睡太多）？	0	1	2	3
4. 覺得疲倦或沒有體力？	0	1	2	3
5. 吃不下或吃太多？	0	1	2	3
6. 覺得自己不好？（覺得自己失敗或讓自己家人難過、丟臉）	0	1	2	3
7. 注意力不集中（讀報、看電視）？	0	1	2	3
8. 行動或說話慢，或比平常更明顯的坐立不安？	0	1	2	3
9. 有死亡的念頭或想傷害自己？	0	1	2	3

四、家庭支持及人際互動量表 APGAR SCORE

家庭關係	總是 如此	大都 如此	有時 如此	很少 如此
1. 當我有麻煩和煩惱時，我可以從 <u>家人</u> 得到滿意的幫助。				
2. 我很滿意 <u>家人</u> 和我討論事情及分擔問題的方式。				
3. 當我要想做一件新的事情時， <u>家人</u> 都會給我滿意的接受和支持				
4. 我和 <u>家人</u> 可以共渡愉快的時光。				
5. 我很滿意 <u>家人</u> 對我的情緒表達（喜、怒、哀、樂）及表示關心和愛護的方式。				
人際關係	總是 如此	大都 如此	有時 如此	很少 如此
1. 當我有麻煩和煩惱時，我可以從 <u>朋友</u> 得到滿意的幫助。				
2. 我很滿意 <u>朋友</u> 和我討論事情及分擔問題的方式。				
3. 當我要想做一件新的事情時， <u>朋友</u> 都會給我滿意的接受和支持				
4. 我和 <u>朋友</u> 可以共渡愉快的時光。				
5. 我很滿意 <u>朋友</u> 對我的情緒表達（喜、怒、哀、樂）及表示關心和愛護的方式。				

編號: 109 - ____ - ____

109 年醫起護少陪伴計畫-後測問卷

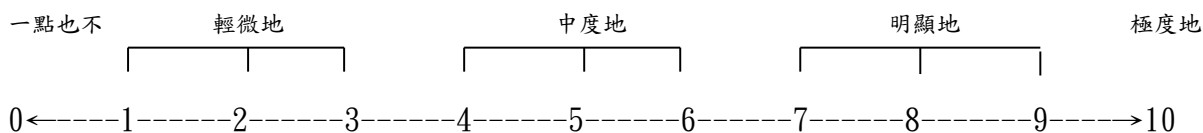
一、失能量表 SHEEHAN

1983 David V. Sheehan 版權所有並保留所有權利（中文版授權翻譯：陳錦宏，周仁宇，李昭慧，林亮吟）

請於各量尺圈選「一個」選項

工作*/學校

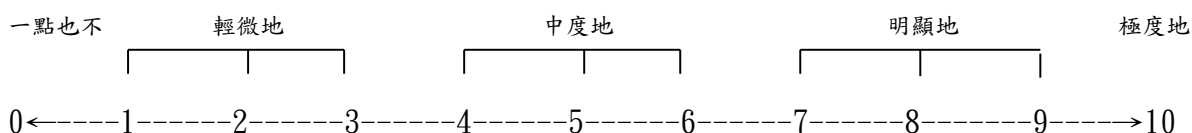
這些藥物已經阻礙了你的工作/課業

☐ 過去一週我都沒有工作/上學，原因與 K 他命無關。

* 工作包含支薪、不支薪的志工工作或訓練

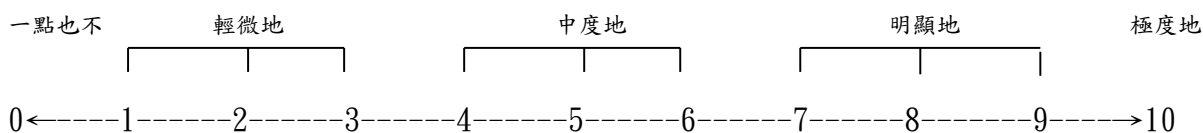
社交生活

這些藥物已經阻礙了你的社交生活/休閒生活



家庭生活/居家責任

這些藥物已經阻礙了你的家庭生活/居家責任



損失日數

過去一週裡，有多少天你因藥物而造成缺課、曠職、或使你無法完成每日常規性的責任呢？

_____天

未達成效的日數

過去一週裡，有多少天你因藥物而覺得能力備受損害，即使去了學校或去工作，你的生產力也下降了？_____天

你會如何評價最近一週的整體生活品質？

- ☐ 非常差，我的生活無法再更糟了
- ☐ 相當差，多數事情都不順利
- ☐ 好的部分和壞的部分大概一樣多
- ☐ 相當好，多數事情都很順利
- ☐ 非常好，我的生活再好不過

二、衝動量表 (BIS-11) (中文版授權耶魯大學 Chiang-shan Ray Li 教授、八里療養院廖定烈醫師)

每個人在不同的情況下，都有自己想事情及做事情的方式。這份是在瞭解您在一些狀況下處置的方式。請仔細閱讀每一個敘述，並於右側勾選您認為最適合的答案。請您快速並誠實地回答，不用花很多時間在一個問題上。

	從未	偶而	時常	總是
1. 我細心計劃事務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我做事不經思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我很快就打定主意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我樂天隨意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我心不在焉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我的念頭轉得很快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我提早規劃好行程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我是頗能自制的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我很容易專心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我定期儲蓄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	從未	偶而	時常	總是
11. 我看表演或聽演講時，會扭動不耐煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我是一個仔細思考的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我計劃讓工作（打工）安全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我說話不經思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我喜歡想一些複雜的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我轉換工作（打工）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我衝動行事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 用心思考問題時，我很容易覺得厭煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我一想到什麼就去做	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 我是一個穩健思考的人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	從未	偶而	時常	總是
21. 我更換房間內的擺設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 我因一時衝動而買東西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 我一次只能想一件事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 我改變休閒嗜好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 我花的錢比我賺的還多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 我在思考時，常想到其他無關的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 我重視現在多於未來	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 我在課堂上或看表演時覺得坐立不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 我喜歡解謎題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 我會為未來作打算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

過去二週中，你會覺得...	一點 也不	有幾天	超過 一半	幾乎 天天
1.做事沒有興趣或樂趣？	0	1	2	3
2.憂鬱（你會覺得心情低落或是鬱悶、或感到絕望）？	0	1	2	3
3.睡眠問題（睡不著、易醒、睡太多）？	0	1	2	3
4.覺得疲倦或沒有體力？	0	1	2	3
5.吃不下或吃太多？	0	1	2	3
6.覺得自己不好？（覺得自己失敗或讓自己家人難過、丟臉）	0	1	2	3
7.注意力不集中（讀報、看電視）？	0	1	2	3
8.行動或說話慢，或比平常更明顯的坐立不安？	0	1	2	3
9.有死亡的念頭或想傷害自己？	0	1	2	3

四、家庭支持及人際互動量表 APGAR SCORE

家庭關係	總是 如此	大都 如此	有時 如此	很少 如此
1. 參與此治療後，當我有麻煩和煩惱時，我可以從 <u>家人</u> 得到滿意的幫助。				
2. 當我參與此治療後，我很滿意 <u>家人</u> 和我討論事情及分擔問題的方式。				
3. 參與此治療後，當我要想做一件新的事情時， <u>家人</u> 都會給我滿意的接受和支持				
4. 參與此治療後，我和 <u>家人</u> 可以共渡愉快的時光。				
5. 參與此治療後，我很滿意 <u>家人</u> 對我的情緒表達（喜、怒、哀、樂）及表示關心和愛護的方式。				
人際關係	總是 如此	大都 如此	有時 如此	很少 如此
1. 參與此治療後，當我有麻煩和煩惱時，我可以從 <u>朋友</u> 得到滿意的幫助。				
2. 當我參與此治療後，我很滿意 <u>朋友</u> 和我討論事情及分擔問題的方式。				
3. 參與此治療後，當我要想做一件新的事情時， <u>朋友</u> 都會給我滿意的接受和支持				
4. 參與此治療後，我和 <u>朋友</u> 可以共渡愉快的時光。				
5. 參與此治療後，我很滿意 <u>朋友</u> 對我的情緒表達（喜、怒、哀、樂）及表示關心和愛護的方式。				

五、滿意度調查

醫事人員滿意度調查	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
1. 醫師態度親切和善					
2. 醫師耐心傾聽我的病情					
3. 醫師尊重我的隱私					
4. 醫師對戒癮治療之專業度					
5. 護理人員態度親切和善					
6. 護理人員尊重我的隱私					
7. 護理人員詳細說明治療的程序					
8. 護理人員對戒癮治療之專業度					
9. 心理師態度親切和善					
10. 心理師尊重我的隱私					
11. 心理師認真帶領團體治療					
12. 心理師對戒癮治療之專業度					
戒癮治療滿意度調查	非常同意	同意	無意見	不同意	非常不同意
1. 整體團體心理治療的感覺					
2. 整體團體心理治療時間安排					
3. 整體團體心理治療場地安排					
4. 整體團體心理治療課程規劃安排					
5. 整體個別心理治療的感覺（若無則跳過）					
6. 整體家族治療的感覺（若無則跳過）					
7. 戒癮治療對您而言，是否有改善毒品問題？					
8. 戒癮治療對您而言，是否有改善家人關係？					
9. 戒癮治療對您而言，是否有改善人際關係？					
10. 戒癮治療，是否有推廣之必要性？					
11. 若未來您又接觸毒品，您會願意主動尋求醫療協助嗎？					
12. 若未來您又接觸毒品，不需醫療直接靠意志力即可？					
13. 若朋友接觸毒品，您會推薦他來參加治療嗎？					

編號：109 - ____ - ____

109 年醫起護少陪伴計畫

結案摘要表

一、個案基本資料																																							
姓 名：_____ 出生日期：____年____月____日 身份證字號：_____																																							
二、毒品使用種類																																							
<input type="checkbox"/> 三級毒品(名稱：_____) <input type="checkbox"/> 二級毒品(名稱：_____) <input type="checkbox"/> 一級毒品(名稱：_____)																																							
三、治療狀況																																							
收案日期：____年____月____日 結案日期：____年____月____日																																							
治療方式： <input type="checkbox"/> 門診治療 <input type="checkbox"/> 個管師會談 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 藥物治療																																							
門診治療	次數： <input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____) <input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)																																						
個管師會談	次數： <input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____) <input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)																																						
心理治療	個別-治療情形： <input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____) <input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)																																						
	家族-治療情形： <input type="checkbox"/> 出席____次(日期：_____) <input type="checkbox"/> 缺席____次(日期：_____)																																						
藥物治療	服用藥物種類：_____ 開始服用日：____年____月____日																																						
採檢尿液	次數：____次 日期：_____																																						
特殊檢查	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____																																						
<p>物質依賴嚴重度量表(中文版授權翻譯：陳錦宏醫師)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>物質依賴程度量表</th> <th>從來沒有 幾乎沒有</th> <th>有時</th> <th>常常</th> <th>總是或幾 乎總是</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.參與治療後，你是否曾覺得你的藥物使用已經失去控制？</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.參與治療後，你是否會因即將不能用藥物而感到非常焦慮或煩惱？</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.參與治療後，你是否為自己使用藥物而感到煩惱？</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.參與治療後，你是否希望自己能停掉藥物？</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>毫無困難</td> <td>一點點困難</td> <td>相當困難</td> <td>極度困難</td> </tr> <tr> <td>5.你覺得不用藥物有多困難？</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					物質依賴程度量表	從來沒有 幾乎沒有	有時	常常	總是或幾 乎總是	1.參與治療後，你是否曾覺得你的藥物使用已經失去控制？					2.參與治療後，你是否會因即將不能用藥物而感到非常焦慮或煩惱？					3.參與治療後，你是否為自己使用藥物而感到煩惱？					4.參與治療後，你是否希望自己能停掉藥物？						毫無困難	一點點困難	相當困難	極度困難	5.你覺得不用藥物有多困難？				
物質依賴程度量表	從來沒有 幾乎沒有	有時	常常	總是或幾 乎總是																																			
1.參與治療後，你是否曾覺得你的藥物使用已經失去控制？																																							
2.參與治療後，你是否會因即將不能用藥物而感到非常焦慮或煩惱？																																							
3.參與治療後，你是否為自己使用藥物而感到煩惱？																																							
4.參與治療後，你是否希望自己能停掉藥物？																																							
	毫無困難	一點點困難	相當困難	極度困難																																			
5.你覺得不用藥物有多困難？																																							

四、綜合評估意見

1. 評估建議事項：

- 毒品復發使用可能性：☐低 ☐中 ☐高
- 接觸用藥環境（朋友）可能性：☐低 ☐中 ☐高
- 戒治動機：☐無 ☐薄弱 ☐強
- 是否需延續治療：☐是 ☐否
- 是否需家族治療：☐是 ☐否

2. 結案原因：☐完成治療 ☐收容 ☐感化教育 ☐失聯 ☐自覺無需治療 ☐離開安置中心 ☐其他_____

3. 後續建議事項：

執行單位：_____

評估醫師：_____

評估日期：_____年_____月_____日

編號：109 - ____ - ____

109 年醫起護少陪伴計畫 個案治療現況表

一、個案基本資料							
姓 名：_____ 出生日期：____年____月____日 身份證字號：_____							
二、毒品使用種類							
<input type="checkbox"/> 三級毒品(名稱：_____) <input type="checkbox"/> 二級毒品(名稱：_____) <input type="checkbox"/> 一級毒品(名稱：_____)							
三、治療狀況							
執行單位：_____							
<input type="checkbox"/> 門診治療							
	日期	出席情形			家長是否陪同		配合度
1	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
2	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
3	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
4	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
5	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
6	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
7	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
8	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
9	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
<input type="checkbox"/> 驗尿情形							
	日期	驗尿結果(陽性:P、陰性:N)					配合情形
1	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
2	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
3	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
4	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
5	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
6	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
7	____年____月____日	K 他命____	安非他命____	搖頭丸____	大麻____	鎮定劑____	<input type="checkbox"/> 配合 <input type="checkbox"/> 拒檢
<input type="checkbox"/> 個管師會談							
	日期	出席情形		會談對象		配合度	是否準時
1	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7	____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無：_____		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬_____		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

☐ 個別心理治療

	日期	出席情形	配合度	是否準時
1	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

☐ 家族治療

	日期	出席情形	配合度	是否準時
1	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	___年___月___日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:_____	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

藥物治療

服用藥物種類: _____ 開始服用日期: ___年___月___日

特殊檢查

☐無 ☐有: _____

四、綜合評估意見			個案姓名：
	日期	評估者	綜合評估意見
1	____年____月____日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
2	____年____月____日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
3	____年____月____日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
4	____年____月____日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：
5	____年____月____日		1. 評估建議事項： • 家庭支持： <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 2. 後續建議事項：

6	____年____月____日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
7	____年____月____日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
9	____年____月____日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
10	____年____月____日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>
11	____年____月____日		<p>1. 評估建議事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家庭支持：<input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 • 接觸用藥環境（朋友）可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 • 戒治動機：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薄弱 <input type="checkbox"/> 強 • 毒品復發使用可能性：<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <p>2. 後續建議事項：</p>

醫起護少陪伴計畫-回饋表

很高興您願意參與此次會談，這份問卷的目的在瞭解您會談後的感想，問題沒有標準答案，請根據您的真實感受，選出最符合之選項。

(本問卷所稱之醫事人員包含醫師、護理師、個管師、心理師、社工師)

1. 我覺得醫事人員能了解我的心情感受。

☐ 同意 ☐ 部分同意 ☐ 普通 ☐ 部分不同意 ☐ 不同意

2. 在本次會談中，我能自在的說出我想說的話。

☐ 同意 ☐ 部分同意 ☐ 普通 ☐ 部分不同意 ☐ 不同意

3. 我覺得在本次會談中得到了支持與鼓勵。

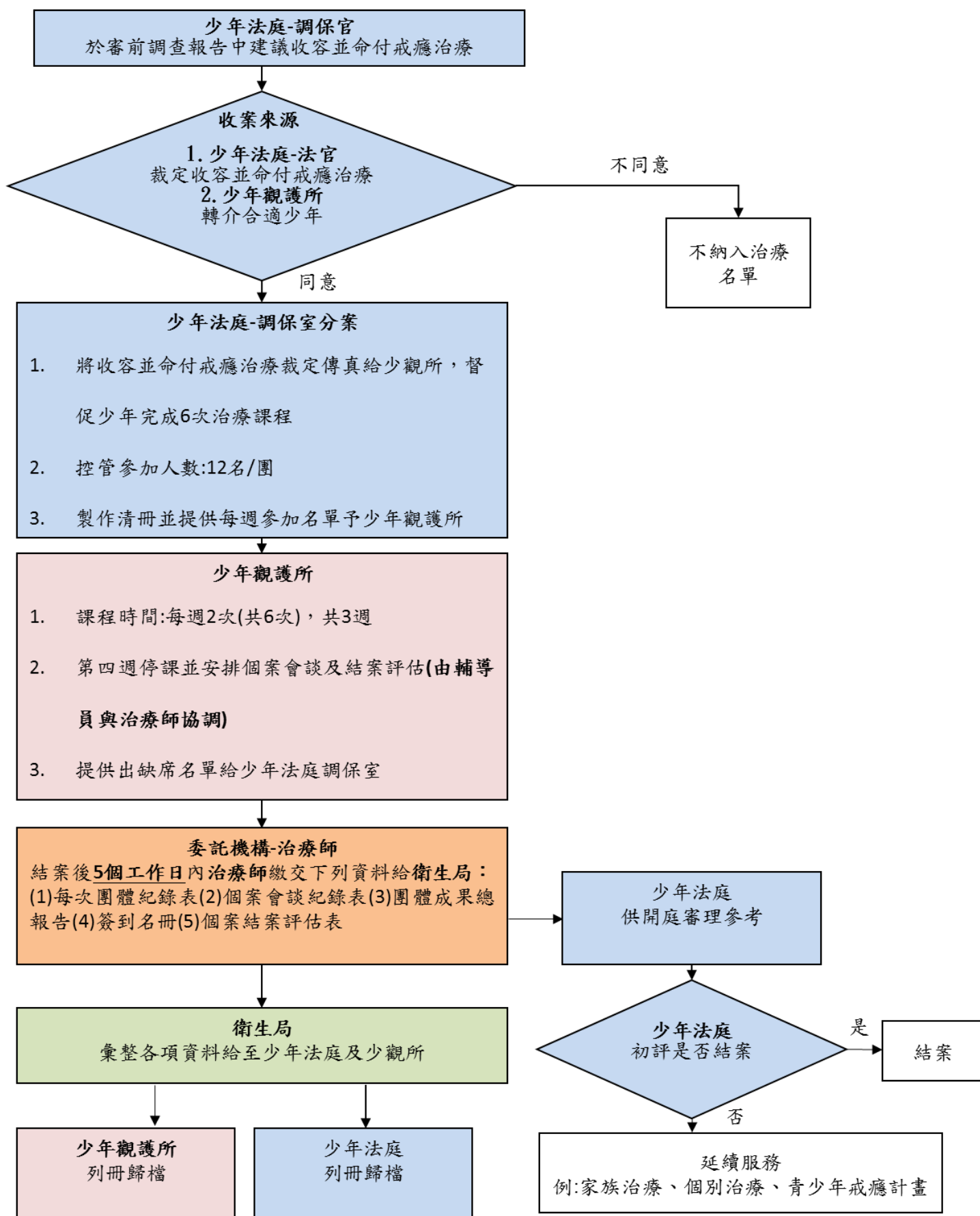
☐ 同意 ☐ 部分同意 ☐ 普通 ☐ 部分不同意 ☐ 不同意

4. 我覺得會談能引導我思考和解決問題。

☐ 同意 ☐ 部分同意 ☐ 普通 ☐ 部分不同意 ☐ 不同意

5. 經過今天的會談，我想說：

109 年矯正機關藥物濫用認知輔導團體計畫-流程圖



109 年矯正機關藥物濫用認知輔導團體計畫-課程主題

團體次數	主題	預期目標	講師資格
第一次	法治教育	1. 導正少年法治觀念，使其養成守法守紀之良好習慣。 2. 培養少年自由理性及自律自重之人格特質，並具有尊重他人及關懷社會的修養與態度。 3. 具備相關藥物濫用刑責之知識。	主帶領者： 由醫師、心理師、社工師、護理師且從事藥癮戒治三年以上經驗者。 副帶領者： 從事藥癮戒治一年以上經驗之醫事人員。
第二次	藥物常識	1. 了解正確的用藥觀念，避免藥物依賴及防制藥物濫用。 2. 能辨識物質濫用種類、外觀與毒害之能力。 3. 建立對毒害之危機意識。	
第三次	戒癮資源	1. 能辨識藥物濫用者之特徵及外顯行為，並自行求助或協助他人求援。 2. 了解戒癮資源相關網絡。 3. 知道如何尋求適當之社會及家庭支持系統及各類資源運用。	
第四次	壓力管理	1. 了解壓力來源及分析原因。 2. 知道能以正面態度面對生活壓力事件。 3. 培養壓力調適技能。 4. 培養解決生活問題之能力。	
第五次	情緒管理	1. 能了解情緒與身心健康之關係。 2. 認識情緒紓解方式，增進正向健康行為。 3. 學習情緒管理方法及問題解決策略。	
第六次	社交技巧	1. 強化少年生活適應能力，做好個人健康管理並重視生理與心理衛生。 2. 了解社會公共資源及社會規範，並增進社區參與之能力。 3. 透過課程學習如何促進自我察覺能力，而能夠解決社交問題及發展合宜且適當之行為。	