

臺中市政府衛生局網癮治療個案轉介單

轉介單位資訊

轉介單位			
轉介日期		轉介人員	
聯絡電話		電子郵件	

個案基本資料

個案姓名		身分證字號或護照號碼	
出生年月日	____年____月____日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別	聯絡電話
居住地址			
就讀學校			
緊急聯絡人		與個案關係	緊急聯絡人聯電話

網路成癮：

- 一、網路使用習慣量表合計總分：_____分。
- 二、平均上網時數：_____小時/一天
- 二、主要上網地點：1住家 2友人家 3學校 4網咖 5坐車 6其他_____
- 三、網癮核心症狀(可複選)：
- 強迫性:不能克制上網的衝動 戒斷性:不能上網時出現了身心症狀 耐受性:上網的慾望越來越不能滿足，所需上網時間越來越長
- 在相關問題出現狀況：人際問題 健康問題 時間管理問題 失學 失業
- 四、是否併有使用下列物質(可複選)：1菸品 2檳榔 3飲酒 4毒品

個案狀況概述：

網癮成因：

- 1家庭因素 2學業不佳 3情緒心理因素 4人際關係不良 5有成就感 6其他

戒除原因：

- 1身體健康 2正常作息 3家人影響 4自我認知 5其他

醫療院所/心理機構/治療建議(由醫療院所/心理機構填寫)

- 一、處置項目：1 (初)門診 2住院 3心理治療 (個別 團體 家族)
- 二、治療日期：____年____月____日 時間：____ 地點：____
- 三、個案報到狀況：1已報到且完成當次療程/服務 2已報到但未完成當次療程/服務 3未報到
- 四、經費使用來源：1健保 2自費

醫療院所/心理機構簽章：

備註：

1. 本轉介表影本交給個案攜帶至醫療院所，另將資料傳給衛生局，由本局持續追蹤後續治療情形。
2. 轉介表填妥後請傳真(04-26871632)大甲區社區心理衛生中心或 mail: htbc02294@taichung.gov.tw
3. 本局連繫窗口：蔡心輔員 04-26871605 分機 17

日期：____年____月____日