

附表 1、藥癮家庭支持服務個案轉介單

轉介單位：

聯絡電話：

轉介日期： 年 月 日

案主姓名 (藥癮者)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身分證統一編號			
聯繫地址	居住地：			出生日期：__年__月__日		
	戶籍地：			連絡電話：		
家屬聯繫資訊	姓名	性別	年齡	與藥癮者 關係	聯絡電話	是否 同住
	1.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
轉介原因 (可複選)	<input type="checkbox"/> 家中有 12 歲以下子女 <input type="checkbox"/> 父母領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 配偶或同居者懷孕 <input type="checkbox"/> 家庭成員有身心障礙者 <input type="checkbox"/> 家庭功能評估表 APGAR 分數 0-3 分 <input type="checkbox"/> 家庭關係衝突或疏離 <input type="checkbox"/> 其他：					
轉介目的 (需協助部分)						
健康情形	疾病狀況					<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有 接受治療
	物質使用 史(用藥情形)					
家庭概況及主 要問題概述	包含：家庭及經濟狀況、家庭功能評估及問題需求、目前領取之社福補助或資源等					
家系圖						
轉介單位已提 供服務項目						
備註						

填表人：

單位主管：