澎湖縣毒品危害防制中心藥癮個案通報單/回覆單

製表日 105.07.10

填表日期：

編號：

基本資料	姓名		婚姻狀況		生日	年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女	
	身分證字號		學歷		電話	家用			
	戶籍地址								
	居住地址								
	緊急聯絡人		與個案之關係		電話	家用			
					手機				

個案意願 我願意接受毒品危害防制中心關懷輔導。本人簽名：_____

生活概況	<p>1. 施用藥物：</p> <p>一級：☐海洛因 ☐嗎啡 ☐古柯鹼</p> <p>二級：☐安非他命 ☐大麻 ☐MDMA(快樂丸、搖頭丸)</p> <p>三級：☐K 它命 ☐FM2</p> <p>2. 居住狀況：</p> <p>☐ 與家人或朋友同住，成員</p> <p>☐ 獨居</p> <p>☐ 其它：_____</p> <p>3. 家庭支持度</p> <p>☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 不佳</p> <p>4. 工作狀況：</p> <p>☐ 有長期穩定工作 ☐ 臨時工 ☐ 無業</p> <p>5. 社福資源狀況：</p> <p>☐ 身心障礙手冊 ☐ 中低、低收入戶身份 ☐ 老人年金 ☐ 其他</p> <p>6. 共病狀況</p> <p>☐ 是，案主疑似有 ☐ 精神疾病 ☐ 自殺行為 ☐ 家性暴 ☐ 酗酒</p> <p>☐ 否</p> <p>7. 社區干擾行為</p> <p>☐ 是；_____ ☐ 否</p> <p>8. 是否曾轉介他單位</p> <p>☐ 是；單位名稱：_____ ☐ 否</p>
------	--

轉介目的 醫療戒治 心理諮詢 就業需求 社會福利 家庭團體支持

主要問題

* 完成填單後，請將本表寄送或傳真至澎湖縣毒品危害防制中心
 * 聯絡電話：06-9272162#278 陳小姐 傳真：06-9261025 地址：澎湖縣馬公市中正路115號

轉介單位： _____ 轉介單位填表人： _____ 轉介單位主管核閱： _____
 聯絡電話： _____ 傳真號碼： _____

澎湖縣毒品危害防制中心回覆內容	<p>是否收案：☐ 是</p> <p style="text-align: center;">☐ 否，原因：</p> <p>接案人員： _____ 主管簽核： _____ 回覆日期： _____ 年 月 日</p>
-----------------	---