

新北市在地化整合性藥癮醫療評估計畫轉介單

<p>審核單位</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>*可轉介單位：安興精神科診所 / 恆友精神科診所 / 耕莘醫院 / 臺北慈濟醫院 / 淡水馬偕醫院 / 八里療養院 / 雙和醫院 / 恩主公醫院 / 新北市立聯合醫院板橋院區 / 新北市立聯合醫院三重院區</p>
<p>承辦人簽章：_____</p> <p>聯絡電話：(02) 2257-5100 分機 7029</p>	<p>*擬轉介單位： _____</p>
<p>轉介單位：新北市衛生局毒防中心</p> <p>轉介人員簽章：_____</p> <p>職 稱：_____</p> <p>聯絡電話：_____</p> <p>傳真電話：_____</p>	<p>*個案來源說明：</p>
<p>個案資料</p>	
<p>姓名：_____ 編號：_____</p> <p>身分證統一編號：_____ 出生年月日：民國__年__月__日</p> <p>聯絡電話：_____ 手機：_____</p> <p>戶籍地址：_____</p> <p>通訊地址：<input type="checkbox"/>同上；<input type="checkbox"/>其它：_____</p> <p>緊急聯絡人：_____ 關係：_____</p> <p>聯絡電話：_____ 手機：_____</p>	
<p>備註：個管師初評(含生活狀況、家庭狀況、就業狀況、用藥史等)</p>	
<p>(一) 生活狀況</p>	
<p>(二) 就業狀況</p>	
<p>(三) 家庭狀況</p>	
<p>(四) 用藥情形</p>	
<p>★ 請於個案到院評估後 3 日內填寫評估回覆報告，並以傳真(02-22576453)或 e-mail(AS4832@ntpc.gov.tw)方式回傳至本局計畫承辦窗口</p>	

※計畫轉介窗口：(02)2257-5100#7029 秦小姐 / 傳真：(02)2257-6453