

## 新北市非海洛因醫療戒癮服務計畫轉介/回覆單

<p style="text-align: center;"><b>審核單位</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>計畫承辦人簽章：_____</p> <p>聯絡電話：(02) 2257-5100 分機 7028</p>	<p>*擬轉介院所：</p> <p><input type="checkbox"/> 新北市立聯合醫院 (<input type="checkbox"/> 三重 <input type="checkbox"/> 板橋院區)</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生福利部八里療養院土城門診</p> <p><input type="checkbox"/> 馬偕紀念醫院淡水院區</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生福利部雙和醫院      <input type="checkbox"/> 安興精神科診所</p> <p><input type="checkbox"/> 汐止國泰綜合醫院      <input type="checkbox"/> 恆友精神科診所</p> <p><input type="checkbox"/> 台北慈濟醫院      <input type="checkbox"/> 亞東紀念醫院</p> <p><input type="checkbox"/> 新店耕莘醫院</p> <p><input type="checkbox"/> 新光吳火獅紀念醫院(臺北市士林區)</p> <p><input type="checkbox"/> 萬芳醫院(臺北市文山區)</p> <p style="color: red; font-size: small;">後續醫院窗口將致電個案約診，轉介後請提醒個案注意醫院來電。</p> <p>個案來源說明(中心填寫)</p>
<p>轉介單位：_____</p> <p>轉介人員：_____ (姓名)</p> <p>職稱：_____</p> <p>聯絡電話：_____</p> <p>傳真電話：_____</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：_____ 聯絡電話：_____</p> <p style="color: red; font-size: small;">※以下資訊請於精照系統查詢是否正在列管中(個管若無權限可請督導協助查詢)</p> <p style="color: red; font-size: small;">※非「新北市毒防中心」轉介之個案(其他網絡轉介)，無須填列以下欄位</p> <p>自殺列管：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否    精神列管：<input type="checkbox"/> 是，____級列管，診斷為_____ <input type="checkbox"/> 否</p> <p>是否領有身心障礙手冊：<input type="checkbox"/> 是，障別_____ <input type="checkbox"/> 否</p> <p style="color: red; font-size: small;">轉介人員初評：(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>本人同意接受「非海洛因醫療戒癮服務計畫」，表格內之個人資料，我同意提供新北市政府毒品危害防制中心及計畫合作醫院，作為協助轉介醫療戒癮及輔導聯繫之用，另就後續診療、測驗或輔導資料，我亦同意提供上述單位作為保護處分案件執行或追蹤輔導之用。</p> <p style="text-align: center; border-top: 1px dashed black;">以下限由「受轉介單位」填寫</p>
<p><b>評估結果</b></p> <p><input type="checkbox"/> 符合收案條件，收案。</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合收案條件，原因：_____</p> <p>評估日期：_____</p> <p>評估人簽章：_____</p>	<p>備註：1. 相關費用依與新北市政府衛生局(新北市政府毒品危害防制中心)簽訂之合約辦理。</p> <p>2. 請於轉介 2 週內回傳本轉介單，若無法於限期內回覆者，亦請先將初步處理情形傳真回覆本中心。</p> <p>3. 申請費用時請檢附相關報表及本轉介單影本辦理。</p>