

114-115 年度「新北市愛滌生多元照護計畫」轉介單

轉介資訊	
審核單位 本計畫承辦人簽章：	轉介項目： ☐ 戒癮治療： ☐ 有初評需求(含尿液毒物篩檢、血液檢查、美沙冬個案 RNA 檢測等個別化評估項目)，完成初評後，再進行後續門診治療。 ☐ 無初評需求，直接轉介戒癮門診。 ☐ 不確定(由計畫承辦人評估轉介)。 ☐ 心理諮商。 ☐ 生育保健、母嬰照顧及新生兒醫療等項目。 婦科機構合作項目： https://reurl.cc/nmQZRD 
轉介單位： 轉介人員簽章： 轉介人員職稱： 轉介人員連絡電話： 轉介人員傳真或電子郵件： 轉介人員督導/主管簽章：	個案來源說明：(緩起訴、出監…) _____ 合作院所資訊(點選網址或掃描 QRCode)： https://reurl.cc/4dzV4R 

受轉介對象基本資料
姓名：_____ 登錄編號：(中心填寫)_____ 身分證字號：_____ 出生年月日：_____ 連絡電話：_____ 戶籍地址：_____ 現居地址：☐ 同上；☐ 其他：_____ 緊急聯絡人：_____ 關係：_____ 連絡電話/手機：_____ 受轉介對象：☐ 藥癮者本人 ☐ 藥癮者配偶 ☐ 藥癮者同住伴侶 ☐ 藥癮者同住親屬 _____ 受轉介對象若非藥癮者本人，請填寫藥癮者基本資料： 藥癮者姓名：_____ (受轉介對象為藥癮者本人可略過此欄位) 藥癮者身分證字號：_____ (受轉介對象為藥癮者本人可略過此欄位) 藥癮者連絡電話：_____ (受轉介對象為藥癮者本人可略過此欄位)

受轉介對象概況

自殺列管：☐是 ☐否 精神列管：☐是，____級列管，診斷為____ ☐否
領有身心障礙手冊：☐是，障別____ ☐否

以下 6 項為轉介生育保健、母嬰照護、新生兒醫療須填內容(非轉介前項者非必填)：

1. 婚姻狀況：☐已婚☐未婚☐同居☐喪偶
2. 子女狀況：☐非妊娠中 ☐妊娠中，____週期；已有____子____女
3. 生產計畫：☐是，預產期____ ☐否，希望中止妊娠 ☐否 無規劃
4. 是否有意願接受社福單位後續關懷：☐高 ☐中 ☐低 ☐無意願
5. 配合度：☐高度配合 ☐普通配合 ☐未有抗拒表現但較敷衍防備 ☐強烈拒絕配合
6. 希望轉介項目：
☐生育保健(避孕器、結紮、中止妊娠) ☐母嬰照護(各項產檢) ☐新生兒醫療
☐傳染病防治 ☐親職指導 ☐教育需求

轉介原因及主述問題概況

- 請以本次受轉介對象為案主填寫服務概況(含用藥史、家庭生活、就業經濟、精神健康及主述問題...等)
- 轉介生育保健、母嬰照顧及新生兒醫療等項目，請補充子女年齡、是否有提供服務之共管單位/資源等資訊。

- (一) 藥癮狀況(含曾經使用毒品種類)：
- (二) 家庭或生活狀況(家人是否知情藥癮者用藥)：
- (三) 就業或經濟狀況：
- (四) 精神或健康狀況：
- (五) 其他補充(本次需要轉介的服務項目)：

----- 以下由「計畫承辦人」填寫 -----

☐ 轉介其他單位：_____

☐ 其他：_____

評估人員簽章：_____

填妥轉介單後，請 E-mail 至本計畫承辦窗口 AL2105@ntpc.gov.tw 或 AS4832@ntpc.gov.tw，
或傳真至 02-2257-6453，另可來電(02)82862620 分機 552 李小姐、分機 533 秦小姐。

以下由「受轉介單位」填寫

☐符合收案條件，收案。

☐不符合收案條件，原因_____

評估日期：

評估人員簽章：

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。
2. 請於轉介 2 周內回傳本轉介單，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。
3. 申請費用時請檢附相關報表及本轉介單影本辦理。
4. 若接受初評個別化評估，請填寫個別化評估回覆報告。

※本計畫承辦窗口：(02)82862620 分機 552 李小姐、分機 533 秦小姐。

115.09.03 製