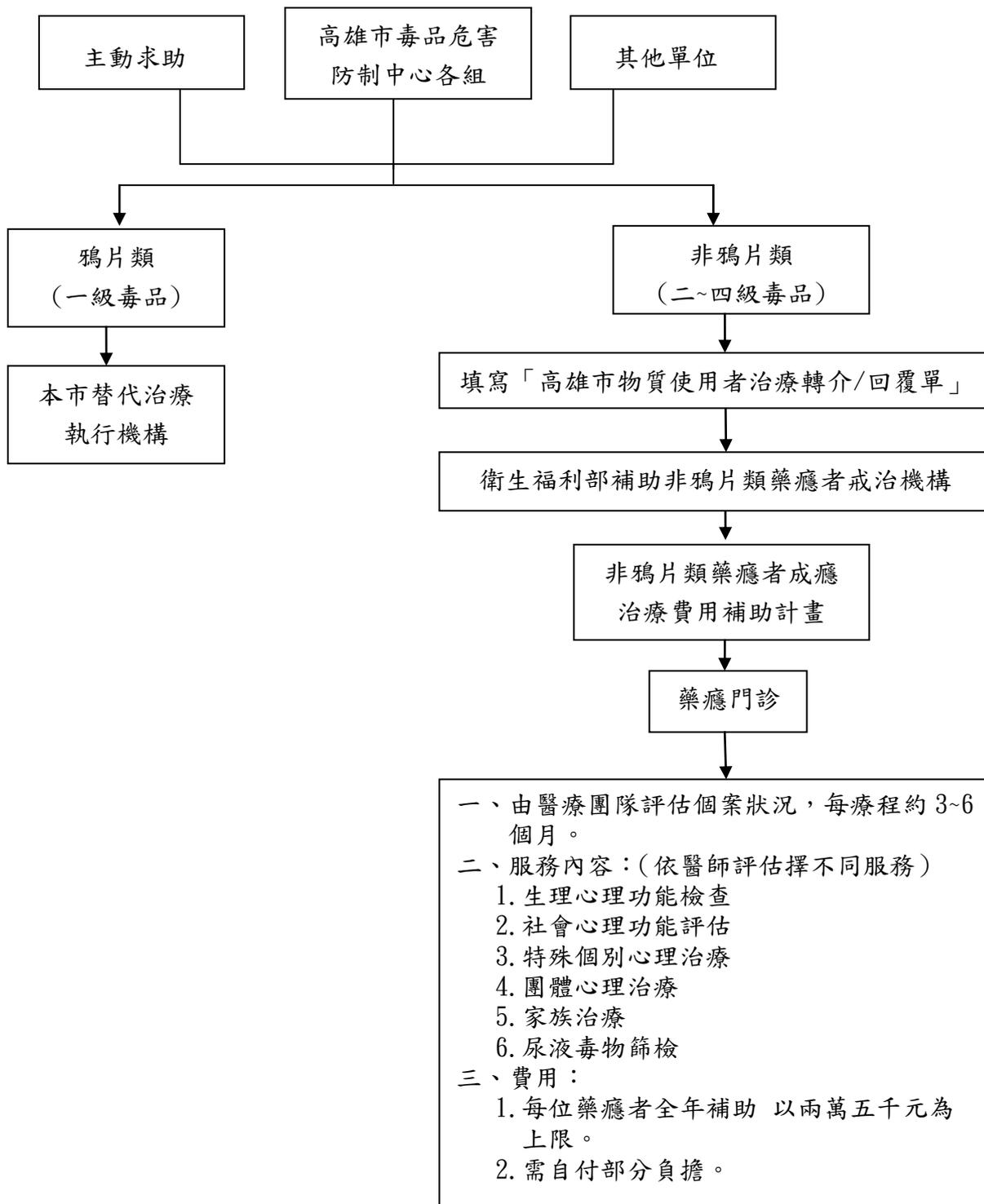


高雄市物質使用者醫療轉介流程



流程說明：

一、轉介條件：經輔導仍持續用藥或有醫療合併症，例如：憂鬱、焦慮、過動等症狀，且家屬表達有意願協助物質使用者接受戒癮治療之需求。

二、轉介單位需填寫「高雄巿物質使用者治療轉介/回覆單」，另未成年人需檢附「未成人物質使用者治療同意書」。

三、本市「非鴉片類藥癮者成癮治療費用補助計畫」之藥癮戒治機構：

高雄市立凱旋醫院 07-7513171 轉 2135

國軍高雄總醫院 07-7496779

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 07-3121101 轉 6826

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 07-7317123 轉 6332

高雄市物質使用者醫療轉介/回覆單

第一聯：醫院留存聯(白) 第二聯：繳回轉介單位留存(紅) 第三聯：轉介單位留存聯(黃)

由轉介單位填寫	姓 名	性 別	出 生 日 期			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民 國 年 月 日			
	基 本 資 料	居住地址：				
		行動電話：				
		緊急連絡人：				
		緊急連絡人電話：				
		個案家庭概況：				
		1. 家庭結構： <input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 收養 <input type="checkbox"/> 其他_____ 2. 主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親戚(_____) <input type="checkbox"/> 其他_____ 3. 居住狀況： <input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 學校宿舍 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 朋友家 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	施用物質種類(可複選)、用藥頻率：					
	<input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 其他_____ 用藥頻率： <input type="checkbox"/> ____次/週 或 <input type="checkbox"/> ____次/天					
轉介單位已提供的資源(可複選)：						
<input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 家庭關懷 <input type="checkbox"/> 團體輔導 <input type="checkbox"/> 其他_____						
檢附「未成年人物質使用者治療同意書」： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
轉介條件	經輔導仍持續用藥或有醫療合併症，家屬表達有意願協助物質使用者接受戒癮治療之需求。 個案合併症狀(可複選)： <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 過動 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 情緒暴躁 <input type="checkbox"/> 其他_____					
轉介醫院	<input type="checkbox"/> 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 <input type="checkbox"/> 國軍高雄總醫院 <input type="checkbox"/> 高雄市立凱旋醫院 <input type="checkbox"/> 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 <input type="checkbox"/> 其他_____					
轉介單位		聯繫 電話				
轉介人		轉介 日期	年	月	日	
由醫療機構填寫	處理情形	1. 個案是否有接受治療動機： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 個案清楚療程進行方式、服務項目與補助權益，並具結同意書： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 願意(<input type="checkbox"/> 心理輔導治療 <input type="checkbox"/> 定期毒品尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 定期回門診評估治療成效) <input type="checkbox"/> 其它建議：_____ <input type="checkbox"/> 不願意				
	院所名稱					
	聯絡人		聯絡 電話	日期	年 月 日	
備註	一、「非鴉片類藥癮者成癮治療費用補助計畫」相關補助費用依衛生福利部規定辦理。 二、第二聯請醫院七日內回覆原轉介單位。					

未成年人物質使用者治療同意書

本人_____（監護人）茲同意_____（未成年人）
至醫療機構接受治療，其項目包括：門診評估檢查、診斷性
會談、抽血檢驗、心理治療、尿液篩檢等，已接受治療者於
治療期間須自行負擔部份費用。

此致

_____（單位全銜）

家長或監護人 （簽名）	
未成年人 （請由本人簽名）	
與未成年人關係	
家長或監護人 （聯絡電話）	電話： 手機：

中華民國 年 月 日