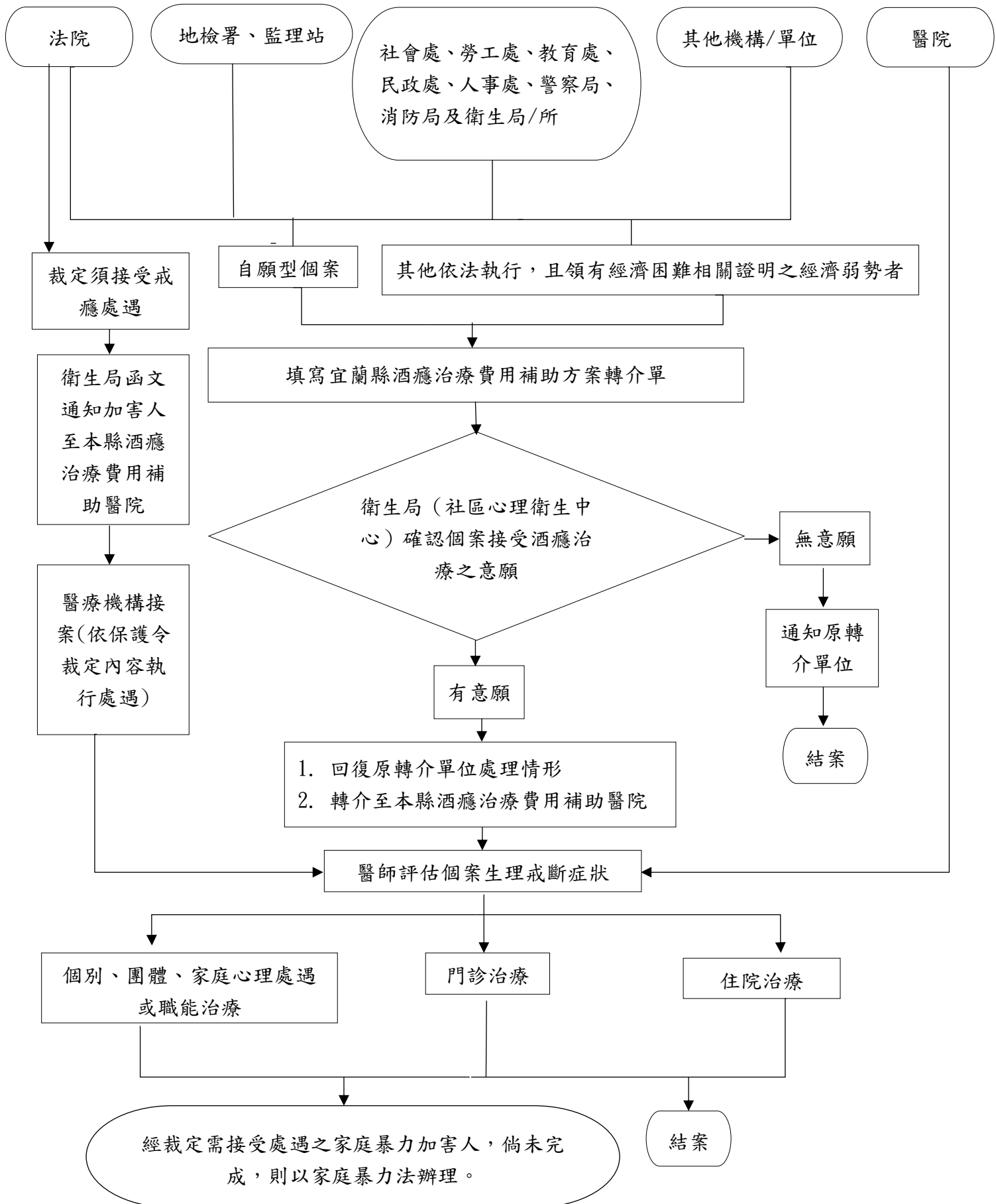


宜蘭縣酒癮戒治處遇服務方案流程圖



宜蘭縣『酒癮治療費用補助方案』轉介單

個案基本資料	個案類型	<input type="checkbox"/> 法院裁定需接受戒癮處遇之家暴加害人 <input type="checkbox"/> 其他依法執行，且領有經濟困難相關證明之經濟弱勢者 <input type="checkbox"/> 社區酒精成癮個案自願型者 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）___				
	轉介事由	<input type="checkbox"/> 提供衛教資訊 <input type="checkbox"/> 安排門診				
	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
	身分證字號		職業		電話	
	家屬連絡人		關係		電話	
	戶籍地址					
	通訊地址					
是否曾接受酒癮戒治相關治療		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：(治療期間 年 月 日 - 年 月 日) 治療方式：___				
個案問題概述	一、飲酒行為狀態（請說明）： 二、其他___					
轉介單位已提供服務內容						
轉介單位		轉介者		主管核章		
轉介日期		連絡電話		傳真		

宜蘭縣『酒癮治療費用補助方案』轉介處理回覆單

轉介單位		轉介人員	
個案姓名		身分證統一編號	
回覆處理情形	<input type="checkbox"/> 已安排轉介機構，機構名稱： <input type="checkbox"/> 未安排轉介機構，原因： <input type="checkbox"/> 無法聯繫個案 <input type="checkbox"/> 個案拒絕服務 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____		

評估人員：

承辦人：

單位主管：