

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 | | |

宜蘭縣政府衛生局心理衛生及毒品防制科
 聯絡電話：9351087 傳真電話：9312881

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：