

# 飲酒問題個案轉介單

填表日期      年      月      日

* 個案來源	<input type="checkbox"/> 家庭暴力加害人 <input type="checkbox"/> 道安講習之酒駕個案 <input type="checkbox"/> 高風險家庭個案 <input type="checkbox"/> 酒駕緩起訴個案 <input type="checkbox"/> 兒少保護個案之家庭成員 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
* 姓名：	* 年齡：	* 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	* 酒精使用疾患確認檢測合計總分：
* 居住地址：			* 聯絡電話：
密切保持聯絡之親友或緊急連絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
	居住地址： <input type="checkbox"/> 同個案居住地址		
其他與個案相關重要資訊：			

轉介機關(構)：

轉介人員：

單位主管：

電      話：

傳      真：

轉介日期：    年    月    日

備註：

- 一、 酒精使用疾患確認檢測(AUDIT)之合計總分，男性大於或等於8分，女性大於或等於4~6分，則建議轉介至衛生單位或醫療機構提供專業諮詢或治療。
- 二、 為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「\*」為必填。
- 三、 為利個人資料之使用，請於轉介前告知個案轉介目的，並請個案簽具個人資料使用同意書。
- 四、 個案需同意並有意願接受轉介至適合之醫療機構接受飲酒問題諮詢或治療。
- 五、 高雄市政府衛生局社區心衛中心 聯絡電話：07-7134000轉1651 陳小姐

傳真：07-7225448