

飲酒問題個案轉介單

填表日期 年 月 日

* 個案來源	☐ 家庭暴力加害人 ☐ 道安講習之酒駕個案 ☐ 高風險家庭個案 ☐ 酒駕緩起訴個案 ☐ 兒少保護個案之家庭成員 ☐ 其他：_____		
* 姓名：	* 出生日期：		
	_____年_____月	* 性別：	* 酒精使用疾患確認檢測合計總分：_____
* 身分證字號：	日	☐ 男 ☐ 女	
	年齡：_____		
* 戶籍地址：			* 聯絡電話：
* 居住地址：			(住家)
☐ (同戶籍地址)			(手機)
* 密切保持聯絡之親友或緊急連絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
			(住家)
			(手機)
	居住地址：		
	☐ 同個案居住地址		
其他與個案相關重要資訊：	教育程度：_____ 居住狀態： ☐ 獨居 ☐ 與家人同住 ☐ 與朋友同住 ☐ 其他_____ 職業狀態： ☐ 有，工作內容：_____； ☐ 無		

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、 臺東縣衛生局聯絡電話：089-331171 轉 505(洪社工)，傳真電話：089-348887。