

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：_____ * 身分證字號：_____		* 出生日期：____年____月____日 * 性別： ☐ 男 ☐ 女 * 酒精使用疾患確認檢測合計總分：_____	
* 戶籍地址：_____ * 居住地址：_____ ☐ (同戶籍地址)		* 聯絡電話： (住家) _____ (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 381(李社工)，傳真電話：089-348887。