

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、臺東縣衛生局聯絡電話：089-340800 轉 368(加小姐)，傳真電話：089-348887

或 089-342082