

酒癮治療服務個案轉介單

轉介日期 年 月 日

轉介單位		單位主管		承辦人	
單位電話			傳真號碼		
個案類別	<input type="checkbox"/> 家庭暴力加害人 <input type="checkbox"/> 地檢署緩起訴個案 <input type="checkbox"/> 門診、病房個案 <input type="checkbox"/> 高風險家庭個案 <input type="checkbox"/> 兒少保護家庭成員 <input type="checkbox"/> 道安講習酒駕個案 <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：					

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，請詳填本表資料並傳真至金門醫院精神科(082-335806)或是金門縣衛生局社區心理衛生中心(082-335692)
- 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。