

112 年度青少年藥癮者輔導服務計畫

壹、前言：

隨著藥物濫用的年齡層逐漸下降，在面對有藥癮治療及輔導需求之青少年，本局自 102 年起開始辦理心理師到校輔導服務等各項服務，並於 109 年起整合心理師到校、醫療服務及地院駐點 3 項計畫，持續協助有藥物濫用議題、困擾之青少年，建置學校、司法及醫療之支持環境，以提供少年更多元且適切之處遇，期待透過本計畫提供青少年藥癮者諮詢、心理輔導或醫療治療等服務，降低青少年藥癮者接受服務之經濟負擔，提升其接受輔導及就醫之意願，強化輔導及治療效能，並減少因藥物濫用所導致之相關公共危害。

貳、目的：

- 一、藉由專業藥癮治療人員評估並提供適切藥癮治療服務，協助青少年藥癮者面對及處理藥物濫用議題。
- 二、建置本市青少年藥癮者友善學校、司法及醫療支持環境。

參、主辦單位：桃園市政府衛生局、桃園市政府毒品危害防制中心。

肆、協辦單位：臺灣桃園地方法院、桃園市臨床心理師公會、桃園市諮商心理師公會。

伍、計畫期程：自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止（視衛生福利部核准強化社會安全網計畫及經費後執行）。

陸、計畫服務內容：為了提供本市有藥物或精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年成癮治療衛教、諮詢、心理評估或醫療服務，提供以下服務項目：

方案一：心理師到校輔導服務（以下簡稱心理師到校）

- （一）服務對象：學籍設於本市高級中等學校以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年（不含具有緩起訴身分之青少年）。
- （二）服務內容：由專業心理師到校進行心理輔導，協助藥物濫用學生處理藥物濫用等相關問題，申請服務後由心理師到校進行心理輔導。
- （三）服務流程：有服務需求之青少年，由本市高級中等學校提供「**桃園市毒品危害防制中心青少年輔導服務轉介單**」（以下簡稱**服務轉介單**，如附件 1）向本市毒品危害防制中心（以下簡稱本中心）申請，本中心收件進行審核並將結果函覆轉介單位，審核通過後由本中心協助與承案心理師約定青少年第 1 次輔導服務日期及時間，後續由轉介單位逕行與承案心理師約定少年輔導時間；若轉介對象

已滿 18 歲須附「藥癮者自願追蹤輔導同意書」（以下簡稱追蹤輔導同意書，如附件 2）。

(四) 服務規定

1. 為增加轉介單位轉介服務之便利性，轉介單位可以公文、電子郵件及傳真擇一方式提供服務轉介單向本中心申請服務。
2. 為能有良好輔導品質，心理師到校輔導以每週 1 次、每次 1 小時為原則，心理師可依照其專業評估調整輔導頻率，每案輔導以 8 小時為上限，如心理師評估青少年需增加服務次數，則須填寫「112 年青少年藥癮者輔導服務計畫輔導摘要表」（以下簡稱輔導摘要表，如附件 3），提供給本中心承辦人，獲本中心同意後再增加服務，每位青少年至多可延長 8 次，共計 16 次。
3. 心理師與青少年進行輔導服務後，評估須與主要照顧者會談或進行三方會談，須填寫輔導摘要表，提供給本中心承辦人，獲本中心同意後請轉介單位協助聯繫主要照顧者後增加服務，每週 1 次、每次 1 小時，至多可增加 4 次（不納入青少年輔導次數）。
4. 服務期間由本中心承辦人與承案心理師聯繫，了解青少年出席服務情形。
5. 接受本方案之青少年，如欲取消服務或改期，至少需於預定接受服務之前 1 個工作天下午 5 時前來電申請[例如：取消或改期 112 年 3 月 7 日（星期二）之服務，需於 112 年 3 月 6 日（星期一）下午 5 時前致電取消]，未申請或無故未到 2 次（含 2 次），將視為中斷治療，取消服務資格並予以結案。

(五) 服務回饋機制

1. 每次輔導結束後須請受輔導者填寫「112 年青少年藥癮者輔導服務計畫輔導接受服務回饋問卷」（以下簡稱回饋問卷，如附件 4）。
2. 承案心理師於每次面談輔導結束後撰寫「112 年青少年藥癮者輔導服務計畫輔導紀錄表」（以下簡稱輔導紀錄表，如附件 5），每案結案後提供本案輔導紀錄表給本中心承辦人，待本中心承

辦人收到紀錄並確認齊全後，於3日內再以電子郵件加密方式給予轉介單位。

3. 服務期間若青少年未出席致當次未產生服務，心理師須填寫輔導紀錄表，本中心將支付當次費用，但以1次為限，第2次不予支付費用。

方案二：醫療服務

- (一) 服務對象：18歲以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年（若為地方法院少年法庭或調查保護室等法院人員轉介之個案不受年齡限制）。
- (二) 服務內容：青少年至本市衛生福利部藥癮治療費用補助方案執行機構（以下簡稱合作機構）接受服務，機構評估其狀況安排心理或醫療等相關治療服務。
- (三) 服務流程：有服務需求之青少年，由各級單位（社會局、教育局、少輔會、地方法院少年法庭或調查保護室等之法院人員或各級學校等）提供服務轉介單及「桃園市藥癮治療知情同意書」（附件6）向本中心申請，本中心收件進行審核並將結果函覆轉介單位，審核通過後，青少年本人須先至本中心面談，承辦人了解其醫療需求及說明醫療補助規定後再由合作機構與青少年約定門診時間；若轉介對象已滿18歲須附追蹤輔導同意書。
- (四) 服務規定：
 1. 為增加轉介單位轉介服務之便利性，轉介單位可以公文、電子郵件及傳真擇一方式提供服務轉介單向本中心申請服務，惟申請本方案須附有法定代理人簽屬之「桃園市藥癮治療知情同意書」代表同意青少年接受藥癮治療。
 2. 接受本服務後須穩定回診，最後一次門診日後連續2個月未回診，於第2個月隔天起撤銷補助身分，若期間有主動向治療機構請假，則可延長1個月，連續3個月未回診，於第3個月隔天起撤銷補助資格。
 3. 服務期間由合作機構視青少年之聯繫情形、有無回診狀況與轉介單位討論，將視情形予以結案。
- (五) 服務回饋機制：
 1. 每次輔導結束後須請受輔導者填寫回饋問卷。

2. 合作機構於每次提供服務後撰寫輔導紀錄表，每月提供給本中心承辦人，待本中心承辦人收到紀錄並確認齊全後，於3日內再以電子郵件加密方式給予轉介單位。

方案三：臺灣桃園地方法院心理師駐點服務（以下簡稱地院駐點）

- （一）服務對象：由臺灣桃園地方法院少年法庭或調查保護室等之法院人員進行內部轉介有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年（不含具有緩起訴身分之青少年）。
- （二）服務內容：由專業心理師前往臺灣桃園地方法院提供服務，以心理輔導方式協助有上述相關議題之青少年，駐點服務每週1次、每次3小時。
- （三）服務流程：地方法院少年法庭或調查保護室之法院人員進行內部轉介，由書記官登記服務期程，登記填寫**112年度青少年者輔導服務報告表**（如附件7）於每月10日前以電子郵件方式提供本中心，並請少年依約定時間接受輔導服務。
- （四）服務規定：
 1. 為能有良好輔導品質，接受本方案服務之青少年原則上每人每次1小時，連續8次為原則，心理師可依照其專業評估調整輔導頻率，如心理師評估青少年需增加服務次數，須填寫輔導摘要表提供給本中心承辦人，獲本中心同意後再增加服務，每位青少年至多可延長8次，共計16次。
 2. 心理師與青少年進行輔導服務後，評估須與主要照顧者會談或進行三方會談，須填寫輔導摘要表，提供給本中心承辦人，獲本中心同意後請轉介單位協助聯繫主要照顧者後增加服務，每人每次1小時，至多可增加4次（不納入青少年輔導次數）。
 3. 若青少年當日未出席，轉介單位可於該時段致電家事商談室分機14242或14248與心理師討論青少年狀況，倘若有提早結案之青少年將回報轉介單位取消原預約之時間，供其他個案提出申請。
 4. 心理師於服務過程可評估是否提早結案，服務過程中2次無故未到或因不可抗力因素而無法接受服務，將逕行予以結案。

5. 若青少年確實有藥物濫用議題，經法院內部評估需轉介本中心開案輔導服務，則可以公文、電子郵件及傳真擇一方式提供服務轉介單向本中心申請。

(五) 服務回饋機制：

1. 每次輔導結束後須請受輔導者填寫回饋問卷。
2. 承案心理師每週面談輔導結束後須撰寫輔導紀錄表，每月提供給本中心承辦人，待本中心承辦人收到紀錄並確認齊全後，再以電子郵件加密方式給予轉介單位。
3. 服務期間若青少年未出席致當次未產生服務，心理師須填寫輔導紀錄表。

柒、合作機構及人員之規定：

一、合作機構及人員之資格

- (一) 本市衛生福利部藥癮治療費用補助方案之執行機構。
- (二) 本市指定藥癮戒治機構之醫事人員或社工人員。
- (三) 心理治療所、心理諮商所、非營利組織等機構內之聘用心理師、行動心理師或社工人員。

二、注意事項

- (一) 提供方案一(心理師到校)或方案二(醫療服務)之合作機構或人員，應主動與轉介單位或青少年約定輔導時間。
- (二) 本計畫費用不得與其他計畫重複申請，如查屬實將扣回款項。
- (三) 為保護青少年隱私，處理過程請依據少年事件處理法第 83 條及第 83 條之 1，關於少年事件保密及紀錄塗銷之規定。

三、為精進並改善計畫之行政流程及服務效益，本中心將舉辦跨網絡連繫會議，請踴躍派員參加，共同討論、改善計畫執行困難之處，並促進網絡單位聯繫，以提升本計畫服務品質。

四、本計畫執行期間如遇嚴重特殊傳染性肺炎之疫情，將配合中央流行疫情指揮中心之規定調整計畫執行內容，惟執行方式與收費標準須視服務單位符合執行資格(如遠距醫療及通訊諮商等規定)，另案調整執行。

捌、服務項目經費及核銷方式

一、本計畫方案二服務項目之各項服務費用訂定係參照衛生福利部補（捐）助「112 年度藥癮治療費用補助方案」經費編列基準。

二、本計畫核銷方式如下：

- (一) 方案一(心理師到校)：承案心理師應於每案結案後檢附輔導紀錄表、輔導人員簽到表（附件 8）、回饋問卷、領據、執業執照及存摺影本函送本中心。（執業執照及存摺影本作為第一次附件即可，輔導紀錄表及照片請同時以電子郵件加密方式寄送本中心承辦人）。
- (二) 方案二(醫療服務)：合作機構依「桃園市衛生局代審代付衛生福利部藥癮治療費用補助方案執行規範」進行經費核銷；如青少年為單純使用笑氣致無法申請該方案補助，則依該方案藥癮醫療補助項目之處置項目與單次補助額度上限製作醫療費用清冊（附件 9）及領據函送本中心核實支付。（輔導紀錄表及照片請同時以電子郵件加密方式寄送本中心承辦人）。
- (三) 方案三(地院駐點)：承案心理師應於每月 15 日前檢附前一個月輔導紀錄表、輔導人員簽到表、回饋問卷、領據、執業執照及存摺影本函送本中心。（執業執照及存摺影本作為第一次附件即可）。
- (四) 本計畫服務方案之經費得互為勻用至經費用罄為止。
- (五) 112 年度 12 月申報費用資料應於 12 月 15 日前函送。
- (六) 經本中心審查無誤後辦理經費撥付事宜，如函送資料有誤，本中心將通知機構或心理師並限期改善，除有正當理由且經本中心同意外，於改善完成前不撥付經費。

玖、工作期程

月份 項目	111 年 12 月	112 年 1 月	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
112 年計畫陳核	V	V	V										
112 年契約書簽訂		V	V	V									
執行期間		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
113 年計畫撰寫											V	V	V

壹拾、預期效益

- 一、透過心理及醫療等相關戒癮治療服務協助青少年藥物成癮者恢復身體、心理及社會生活等全方位的重建，對本服務滿意度達 85%。
- 二、青少年藥物成癮者透過專業協助，了解毒品所帶來之身體傷害，引以為戒遠離毒品，期待青少年於每次輔導結束後自我評估能拒絕使用毒品的比例達 85%。

桃園市毒品危害防制中心
青少年輔導服務轉介單

轉介單位		轉介日期	
轉介人員 (名字及職稱)		轉介人員 聯絡電話	
單位電子郵件			
個案姓名		出生日期：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		聯絡電話：	手機：
戶籍地			
居住地			
就學情形	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中輟(____年____月) <input type="checkbox"/> 就學中(學校/班別_____/_____))		
用藥種類	<input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 一粒眠 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> 新樣態毒品：_____(如咖啡包、糖果、彩虹菸) <input type="checkbox"/> 其他毒品：_____ <input type="checkbox"/> 未施用毒品：_____(持有、販賣等)		
初次用藥年齡	____歲 後遺症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____)		
施用方式	<input type="checkbox"/> 吸食 <input type="checkbox"/> 菸抽 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他		
是否曾接受藥癮治療或戒治	<input type="checkbox"/> 否 原因：_____ <input type="checkbox"/> 是 (方式 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 中途之家 <input type="checkbox"/> 矯治機關 <input type="checkbox"/> 其他_____) (次數：____次, 接受治療單位名稱：_____)		
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 三代 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他_____		
家庭背景	居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 寄居親友家 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳 (<input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他_____) 案主的主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外) 祖父母 <input type="checkbox"/> 叔伯嬸姨姑 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭對案主關係： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突		
監護人或主要照顧者	姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____ 地址：_____ 是否知悉個案情況 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
主要問題	就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用 <input type="checkbox"/> 其他_____ 心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 交友複雜 <input type="checkbox"/> 其他_____ 家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 社會資源問題 <input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 居住問題 <input type="checkbox"/> 其他_____		

案 情 簡 述	
服 務 內 容	<input type="checkbox"/> 毒防中心輔導服務 <input type="checkbox"/> 方案一（心理師到校，含毒防中心輔導服務） <input type="checkbox"/> 方案二（醫療服務，含毒防中心輔導服務）
備 註	

承辦人：

主管：

一、服務內容對象說明

- (一)毒防中心輔導服務：受理各單位轉介設籍本市 18 歲以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年，進行 1 年個案關懷輔導服務，透過電話聯繫，並視情形進行家庭訪視，關心少年生活近況、家庭情形及經濟狀況等，協助轉介各類資源
- (二)方案一：學籍設於本市高級中等學校以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年
- (三)方案二：18 歲以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年（若為地方法院轉介之個案不受年齡限制）

二、服務對象滿 18 歲以上須附「藥癮者自願接受追蹤輔導同意書」

三、申請方案二（醫療服務）須附法定代理人簽屬之「桃園市藥癮治療知情同意書」

四、本轉介單可以公文、電子郵件或傳真方式寄送至本中心，並寫明兒少組承辦人收

- (一)公文地址：桃園市桃園區縣府路 55 號
- (二)電子郵件：tyhdrug626@gmail.com
- (三)傳真：03-3340321
- (四)傳真或電子郵件寄送轉介單 5 分鐘後，請來電中心（03-3341066）確認傳真/寄送成功

藥癮者自願接受追蹤輔導同意書

本人自願接受桃園市政府毒品危害防制中心之追蹤輔導，經此同意後，接受毒品危害防制中心日後定期或不定期之電話關懷、家庭訪視、就業輔導、就學輔導、社會救助、醫療轉介及其他有需關懷之事務。

此致

桃園市政府毒品危害防制中心

同 意 人 簽 章	
國民身分證統一編號	
出 生 日 期	
戶 籍 地	
現 居 地	
聯 絡 電 話	
緊急連絡家屬、電話	姓名： 關係： 電話：
簽 署 日 期	年 月 日

112 年青少年藥癮者輔導服務計畫

接受服務回饋問卷

你好！

感謝你對本服務的參與和支持，為了讓我們做得更好，請給我們最真誠的回饋，讓我們有所改進。本表僅供參考之用，不會對你造成任何影響，謝謝你的參與！也祝你一切順利！

桃園市政府衛生局 敬上

.....

※在下列的敘述中，根據你的感受和想法勾選最符合的項目

一、關於接受輔導人員服務的過程，我的感受是？

	同意	無意見	不同意
1. 輔導人員的服務讓我覺得受到尊重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 在被輔導的過程我的感覺是安心的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在和輔導人員相處時我覺得是自在的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我在輔導的過程願意說出我的感受	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我會期待下次和輔導人員的面談	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、我自己最近的生活情況是？（請根據最近兩週的感覺來回答以下問題）

	同意	無意見	不同意
1. 我睡醒後神清氣爽，感覺充分的休息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 出門上學時我覺得心情愉快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 放學後我有自己想做的事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 「家」對我來說是能放鬆的地方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 除了父母手足，親友中有人對我很友善，會幫助我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我看到想見的朋友並愉快的聊天	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我覺得心情平靜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、關於藥物濫用，我的做法是？

	做不到	可能做不到	做得到	一定做得到
1. 我能拒絕毒品的誘惑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我會用正向管道紓解，不依賴毒品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我不再使用毒品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

四、對於毒品的認知，我的瞭解是？（於下方自由填答）

五、我認為我的人際關係如何？（於下方自由填答）

六、對於現在或未來的生活目標，我的想法是什麼？（於下方自由填答）

七、對於今日的心理輔導，你是否有什麼建議，或是其他想讓輔導人員知道的？例如希望心理師進一步可以做些什麼（於下方自由填答）

八、對於本次會談服務，我的想法是？（於下方自由填答）

請勾選：有幫助 無幫助

日期： 年 月 日

對稱讚的反應：接受 無反應 其它：

會談過程中易顯現之情緒（多）：合宜 亢奮 激躁 低落 焦慮平板

3. 其他

青少年未出席，原因：_____

一、會談內容摘要

後續建議事項

- 持續會談/就醫輔導，日期及時間：_____
- 須學校單位配合關懷
- 須與主要照顧者會談或三方會談（請填寫服務紀錄摘要表）
- 須延長服務（請填寫服務紀錄摘要表）
- 建議轉介其他資源：_____
- 其他_____

結案原因

- 問題改善至預期目標
- 無法配合服務規劃，提早結案
- 拒絕服務，截至__年__月__日已會談_____次
- 到達次數限制，是否建議轉介其他資源 是_____ 否
- 其他原因_____

輔導人員簽章：

桃園市藥癮治療知情同意書

本人_____經過醫療團隊說明後，瞭解藥癮需要長期、穩定的接受治療及復健，也明白藥癮治療為自費醫療（未納入健保），本人接受醫療團隊排定之治療計畫（包括於療程結束後依本人需要提供之病況追蹤與電話關懷）。

請依個人情況勾選下列項目：

本次治療係因依緩起訴附命戒癮治療規定，同意於衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」建立本人病歷資料。

同意 不同意

參與「衛生福利部藥癮治療費用補助方案」，及配合衛生福利部補助費用管理之需要，及俾利醫療機構提供本人所需之共病照護，於本人接受藥癮治療期間至治療結束後 1 年內，同意衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」介接及處理本人於醫療機構之就醫資料，也願意遵守治療費用補助方案之規定：

(1) 無重複至其他治療機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。

(2) 對於已排定或已預約之治療，應配合接受治療，如連續 2 次無故未依約接受治療，將取消補助資格。

同意 不同意

_____（治療機構）為本人藥癮治療需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。

衛生福利部及_____（治療機構）針對上開本人之各項就醫資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第 3 條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

立書人： _____ 治療機構： _____

電話： _____

法定代理人： _____ 說明人員： _____

填寫日期： 年 月 日 簽署日期： 年 月 日

112 年青少年藥癮者輔導服務報告表-方案三地院駐點 (112 年 月)

附件 7

家事商談室分機 14242 或 14248

橘底由毒防中心填寫/綠底由轉介單位填寫

序號	姓名	聯繫方式	服務情形												轉介單位	心理師備註
			服務次數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
範例	陳○明	0900-123456	年	112											書記官股別/分機	◎112/1/1 去電少年無人接聽
			月	1											仁股/8080	
			日	1											保護官股別/分機/信箱	
			時段	14-15											義股/6060 123@judicial.gov.tw	
			出席與否	否												
1			年												書記官股別/分機	
			月													
			日												保護官股別/分機/信箱	
			時段													
			出席與否													

請轉介單位預約後填寫此表，並以電子郵件方式提供毒防中心，以便得知服務情

112 年青少年藥癮者輔導服務計畫

輔導人員簽到表

輔導日期起日		112 / /	輔導人員	
輔導日期訖日		112 / /	聯絡電話	
序號	輔導日期	輔導時間	方案內容	輔導人員簽名
1	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
2	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
3	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
4	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
5	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
6	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
7	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
8	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	
9	112 / /	: ~ :	<input type="checkbox"/> 方案一 (心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案二 (醫療服務) <input type="checkbox"/> 方案三 (地院駐點)	

112 年青少年藥癮者輔導服務計畫 方案二醫療服務 醫療費用清冊

期間： 年 月 日至 年 月 日

姓名	身分證 字號	藥癮治療 門診診察		藥癮診斷性 會談		藥癮 心理衡鑑		藥癮社會生 活功能評估		藥癮個別 心理治療		申報金額 (元)
		次數	金額	次數	金額	次數	次數	次數	金額	次數	金額	
合計												

(可依衛生
福利部藥癮
治療費用補
助方案-藥癮
醫療補助項
目自行新
增)

填表人：

單位主管