

# 嘉義縣衛生局網路成癮個案轉介單 (1100401 訂定)

填表日期： 年 月 日

*個案來源	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大(專)學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 其他： _____		
*姓名：	*年齡：	*性別：	*網路使用習慣自我篩檢量表合計總分：(    )
*身分證號：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
*居住地址：		*聯絡電話：	
*聯絡人	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、 適用對象總分超過 11 分者即可能具有高度網路沉迷傾向，可進一步尋求專業協助，瞭解使用網路之情形與評估相關心理症狀，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、 轉介單請傳真至嘉義縣社區心理衛生中心 05-3625913。