**南投縣網路成癮個案轉介單**

填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| ＊個案來源 | □\_\_\_\_\_\_\_\_\_國小　 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_國中 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_高中(職)□\_\_\_\_\_\_\_\_\_專科學校 □\_\_\_\_\_\_\_\_\_大學 □研究所以上□幼兒園 □未就學 □一般民眾□其他： **若您的身分為學生，必要時衛生局將轉知所屬學校，以利學校介入。** |
| ＊姓名：  | ＊年齡： | ＊性別：□男 □女 | ＊網路使用習慣自我篩檢量表合計總分：( ) |
| ＊身分證號： |
| ＊居住地址：  |
| ＊監護人/法定代理人或聯絡人 | 姓名： | 關係： | 聯絡電話： |
| 居住地址： □同個案居住地址 |
| ＊主要照顧者 | 姓名：  | 關係： | 聯絡電話： |
| 居住地址： □同個案居住地址 |
| \*個案及法定代理人/個案對轉介網路使用問題衛教訪視意願 | □知悉且同意 □知悉但缺乏轉介意願，惟衡量其他情形，轉知衛政單位關心□未能聯繫個案及法定代理人，惟衡量其他情形，轉知衛政單位關心→未知個案狀態，經他人提供資訊個案可能會有的反應\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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：

1. 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。
2. 為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「＊」為必填。
3. 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轉介同意書。
4. 轉介單請傳真**049-2202659**至南投縣社區心理衛生中心，或電洽**049-2202662/2202636** 網癮承辦人。

110年11月25日訂定