

南投縣網路成癮個案轉介單

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"/> 專科學校	<input type="checkbox"/> 大學	<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：		
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：
* 身分證號：			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
* 網路使用習慣自我篩檢量表合計總分：()			
* 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： <input type="checkbox"/> 同個案居住地址		
* 主要照顧者	姓名：	關係：	聯絡電話：
	居住地址： <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 知悉且同意 <input type="checkbox"/> 知悉但缺乏轉介意願，惟衡量其他情形，轉知衛政單位關心 <input type="checkbox"/> 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：

- 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。
- 為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「*」為必填。
- 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。
- 轉介單請傳真049-2911935至南投縣社區心理衛生中心，或電洽049-2911925 網癮承辦人。