密 件 請 妥 善 保 管 個 資 社會局兒少科未成年輔導服務同意書：附件6-8

未成年輔導服務同意書

茲同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/受輔導人聯繫電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)交由桃園市社會局兒少科進行輔導服務，其內容包括戒治輔導、疾病篩檢、心理治療、心理諮商輔導、尿液篩檢、社會福利、就業、就學輔導之相關轉介服務，且得將相關服務情形回復通報單位。

本人了解並同意以上服務依據毒品危害防制條例第2-1條以及個人資料保護法第8、15、16條規定辦理。

此致

|  |
| --- |
|  桃園市社會局兒少科 法定代理人簽章：  |
|  法定代理人身分證字號：  |
|  法定代理人聯絡電話：  |
|  法定代理人聯絡地址：  |
|  簽署日期： 年 月 日  |

(未滿20歲者申請本項服務需由法定代理人簽署同意書)

**桃園市政府社會局兒童及少年藥物濫用個案轉介單**

社會局輔導服務轉介單：附件6-9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **轉介單位** |  | **轉介日期** |  |
| **轉介人員****(職稱)** |  | **單位聯絡電話** |  | **單位傳真電話(必填)** |  |
| **目前輔導****狀況** | □定期尿液篩檢 □春暉小組(已輔導 個月) □春暉志工 □認輔小組 □感化教育 □假日輔導 □社區服務 □其他  |
| **個案姓名** |  | **身分證字號** | **出生日期** | **性別：** □男□女 | **聯絡電話：****手機：** |
|  | **年 月 日** |
| **地 址** |  |
| **就學情形** | □未就學 □中輟 □就學中(學校/班別 / ) |
| **用藥種類** | □海洛因 □安非他命 □K他命 □MDMA(搖頭丸) □咖啡包 □笑氣 □FM2 □其他  |
| **初次用藥 年齡** |  歲 後遺症**：**□無 □有 (□暴力 □頻尿 □精神疾病 □其他 ) |
| **是否接受治療或戒治** | □否 原因： □是 (方式□住院 □門診 □中途之家 □矯治機關 □康復之家 □其他 ) (次數: 次，接受治療單位名稱： ) |
| **家庭狀況** | □小家庭 □單親 □隔代 □三代 □再婚 □同居 □分居 □其他  |
| **家庭背景** | 居住狀態：□自有住宅 □租屋 □寄居親友家 □其他 家庭經濟狀況：□佳 □尚可 □不佳(□低收入補助□障礙補助□其他 ）家庭主要照顧者：□父母 □(外)祖父母 □叔伯嬸姨姑 □手足 □其他 家屬對個案的態度：□過分關心 □關心 □不關心 □有放棄意念 □關係緊張或衝突  |
| 家庭組織 | 全家共 人，在兄弟姊妹中排行第 （兄 人，姊 人，弟 人，妹 人） |
| 父母婚姻 | □正常 □未婚同居 □已婚分居 □單親(監護人為 □父 □母 □其他 )　　  |
| **監護人或****主要照顧者** | □無 □有 姓名： 關係： 電話： 地址：  |
| **主要問題** | 就醫及服藥問題：□拒絕就醫□就醫不規則□服藥不規則□服藥副作用□其他 心理及行為問題：□情緒不穩定□人際關係差□自殺□自傷□暴力□破壞□謾罵 □自語□干擾□其他 家庭及生活問題：□家庭支持度不佳□醫療及生活衛教□人際關係差 □自我照顧能力差□就學問題□社會資源問題(含經濟)□居住問題 |
| **輔 導 情 形****詳 述** | (請敘明本案通報日期、學校輔導情形、個案主訴問題等內容) |

|  |  |
| --- | --- |
| **轉介人員：** | **轉介單位主管：** |