

藥癮者自願接受中醫輔助戒治服務同意書

本人_____茲同意參與中醫戒癮輔助治療補助計畫，並由替代治療執行機構_____協助轉介至_____（醫療院所／醫師），藉由中醫醫療方式協助本人減緩因藥癮產生之戒斷症狀，並配合各項醫療戒治服務，後續由桃園市政府毒品危害防制中心定期或不定期之生活關懷、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。

本人已仔細閱讀並充分瞭解本同意書內容。

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	
現住地	
聯絡電話(手機、市話)	
緊急聯絡家屬、電話	姓名： 關係： 電話：
法定代理人簽章	
簽署日期	

備註：

- (一)未滿 18 歲限制行為能力人，與其法定代理人共同簽署。
- (二)無行為能力人，由法定代理人代為簽署。
- (未滿 18 歲者申請本項服務需由法定代理人簽署同意書)

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療補助計畫—轉介單

指定替代治療執行機構_____院（所）轉介至_____（醫療院所／醫師）

基 本 資 料	姓名		性別		出生日期	民國 年 月 日									
					身份證號										
	過去 病史														
	診斷/ 病名														
原 指 定 替 代 療 法 執 行 機 構	就診 醫療 院所														
	診治 醫師		醫師 簽章												
	就診 日期	民國 年 月 日													
	轉診 原因														

備註：

- 1.由指定替代治療執行機構填寫轉介單，影印一份加蓋與正本相符印章由個案留存，並將正本函送本局審核。
- 2.待核可後，由本局通知並傳真至指定中醫治療執行機構或醫師辦理相關服務。
- 3.請指定中醫治療執行機構或醫師，於首次申請時檢附影本。

開單日期： 年 月 日

桃園市政府衛生局 中醫戒癮輔助治療計畫 申請評估審查表

替代治療執行機構：

一、申請個案基本資料

(一) 個案姓名：_____

(二) 性別：☐男 ☐女 ☐其他

(三) 生日：_____年_____月_____日

(四) 身份證字號：_____

二、轉介至_____（中醫治療執行機構／醫師）

三、審核資料（有「*」為必要附件）

審核內容	審核附件 (以下資料已檢附請打勾)	審核 (本欄由審核機關填寫)
個案基本資料	☐ 個案身份證正反影本* ☐ 其他：	☐ 符合 ☐ 不符合 備註：
自願接受中醫輔助戒治服務同意書	☐ 自願接受中醫輔助戒治服務同意書*	☐ 符合 ☐ 不符合 備註：
申請審核結果： ☐ 符合 ☐ 不符合（本欄由審核機關填寫）		

填表人簽章（替療機構）：_____日期：_____

審核人員簽章（衛生局）：_____日期：_____

主管簽核（衛生局）：

備註：

- 1.由指定替代治療執行機構填寫申請評估審查表，並將正本函送本局審查。
- 2.核可後，本局通知並傳真至指定中醫治療執行機構或醫師辦理相關服務。
- 3.請指定中醫治療執行機構或醫師，於首次申請時檢附影本。

翻面

審核文件張貼處

身分證正面影本	身分證反面影本
----------------	----------------