

桃園市政府衛生局
網路成癮個案轉介單

111 年 9 月 12 日修訂
110 年 1 月 12 日訂定

(*為必填欄位)

| 轉介來源 | | | |
|-------------------|------------------------|----------|--|
| *轉介單位 | | | |
| *轉介日期 | | *轉介者姓名 | |
| *聯繫電話 | | 傳真電話 | |
| 個案基本資料 | | | |
| *姓名 | | *身分證字號 | |
| *出生日期 | 年 月 日 | *性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 職業/就讀學校 | | *聯絡電話 | |
| *家屬聯絡人/關係 | | *家屬聯絡人電話 | |
| *現居地址 | | | |
| *網路使用習慣自我篩檢量表合計總分 | | | |
| 個案問題概述 | | | |
| *轉介治療單位 | (本市合作之網癮治療醫療院所/心理治療機構) | | |
| 治療單位回覆 | | | |
| 治療單位 | | 治療日期 | |
| 收案結果回覆 | | | |
| 治療醫師/心理師 | | 承辦人員/電話 | |

- 一、為利個人資料之使用，請於轉介前告知個案轉介目的及確認個案有治療意願，並請個案填寫簽具個人資料使用同意書(詳見「網路使用習慣自我篩檢量表」)。
- 二、本資料屬個人資料，請依法妥善使用及保管。
- 三、桃園市政府衛生局心理健康科 聯絡電話：03-3340935 轉 3002 傳真電話：03-3362516，傳真後請來電確認。

網路使用習慣自我篩檢量表

簡介：

本量表可採紙本或網路填答方式進行，主要提供一般大眾自我篩檢使用，以瞭解網路族群的網路使用沈迷傾向。

填答說明：

下面是一些有關個人使用網路情況的描述，請評估你最近 6 個月的實際情形是否與句中的描述一致。請依照自己的看法來勾選☐。由 1 至 4，數字越大，表示句中所描述的情形與目前你實際的情形越相像。

| | 實 | 際 | 情 | 況 |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 極 | | | 非 |
| | 不 | 不 | 符 | 常 |
| | 符 | 符 | 符 | 符 |
| | 合 | 合 | 合 | 合 |
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1. 想上網而無法上網的時候，我就會感到坐立不安 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 我發現自己上網休閒的時間越來越長 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我習慣減少睡眠時間，以便能有更多時間上網休閒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 上網對我的學業已造成一些不好的影響 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

計分方式：

■ 計分方式：每題勾選欄框由左至右各別登錄為1,2,3,4分，總分共計16分。

■ 本簡易量表切分點適用對象為國小三年級至大學之學生（10歲至25歲）：

■ 篩檢切分點：11分或以上（高使用沈迷傾向）。

■ 本量表可供一般大眾自我篩檢使用，惟篩檢切分點僅供參考。

結果說明：

適用對象總分超過 11 分者即可能具有高度網路沈迷傾向，建議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。一般大眾不適用篩檢切分點，若對於量表結果有疑慮，請洽各縣市心理衛生中心，或諮詢相關醫療門診、心理治療所及心理諮商所。

個人資料使用同意書

同意將本人資料由_____（轉介單位）提供予桃園市政府衛生局及_____（網癮治療機構），俾利提供本人有關網癮問題之諮詢或醫療服務。

姓名：_____（請以正楷書寫）

性別： 男 女

電話：_____ 手機：_____

年齡：_____

聯絡地址：_____

日期：_____年_____月_____日