

新竹市網路成癮治療個案轉介單

111 年 7 月 1 日制訂

一、轉介單位(含聯絡資料)

轉介日期：

☐ 學校：(聯絡人/職稱：	電話：	傳真：	)
☐ 其他：(聯絡人/職稱：	電話：	傳真：	)

二、個案基本資料

個案姓名				性別		
身分證字號				出生日期	年 月 日	
年齡				職業		
聯絡電話				網路使用習慣 量表合計總分		
最高學歷	☐ 國小(☐ 畢業 ☐ 肄業 ☐ 在學中) ☐ 國中(☐ 畢業 ☐ 肄業 ☐ 在學中) ☐ 高中職(☐ 畢業 ☐ 肄業 ☐ 在學中) ☐ 專科(☐ 畢業 ☐ 肄業 ☐ 在學中) ☐ 大學(☐ 畢業 ☐ 肄業 ☐ 在學中)					
聯絡地址	戶籍地					
	現居地	☐ 同上				
法定代理人 (家屬)	姓名		電話		關係	
家庭支持度	☐ 佳 ☐ 可 ☐ 差 ☐ 其他說明：_____					
就醫病史						
轉介原因： 個案狀況說明						

受轉介單位：新竹市衛生局 心理健康及毒品防制科

聯絡人：吳雯舒專案管理師

連絡電話：03-5355191#504

電子郵件：h71239@hcchb.gov.tw 傳 真：03-5355397

接受網路成癮治療同意書

111 年 7 月 1 日制訂

請填寫
個案本
人名字
(親簽
為佳)

本人_____，身份證字號_____，性別_____，民國_____年____月____日生，願意接受醫療機構排定之網路成癮治療，明白網路成癮治療費用需自行負擔，建立本人就醫資料(提供之病況追蹤與電話關懷)，並同意本人就醫資料提供新竹市衛生局及_____ (醫療機構)，介接及處理，為利所需之諮詢或醫療服務。

(一式兩份，一份家屬留存、一份傳真或電子郵件轉介)

必填，由家長或代理人親簽

接受治療人：_____

法定代理人：_____

連絡電話：_____

連絡電話：_____

地 址：_____

地 址：_____

日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

.....回 覆 聯.....

1. 接獲轉介日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 (星期 _____)

2. 轉介醫療院所：

☐ 國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

(新竹市北區經國路一段 442 巷 25 號)

聯絡人：楊雅蓉助理管理師 電話：03-5326151#522701

☐ 國軍桃園總醫院新竹分院

(新竹市北區武陵路 3 號)

聯絡人：許喆淵社福組組長 電話：03-5348181#325776、325551、325557

☐林正修診所

(新竹市東區新光路 38 號)

聯絡人：林正修醫師 電話：03-5166746

☐馬大元診所

(新竹市光復路一段 544 巷 36 號)

聯絡人：邱心純社工師 電話：03-5794698

☐平衡身心診所

(新竹市東區北大路 92 巷 59 號 1 樓)

聯絡人：林彥輝醫師 電話：03-5320622

☐親禾身心診所

(新竹市東區關新路二街 67 號 1 樓)

聯絡人：謝采燁醫師 電話：03-5771057