附件七

桃園市政府衛生局
網路成癮個案轉介單

113 年 9 月 9 日修訂
111 年 9 月 12 日修訂
110 年 1 月 12 日訂定

（*為必填欄位）

一、個案轉介意願：□個案同意轉介　□個案不同意轉介

若個案同意進行轉介，請續填寫二、轉介資訊，並請個案簽具《個人資料使用同意書》(詳見「網路使用習慣自我篩檢量表」)。

二、轉介資訊

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	□男□女□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			
*個案病史	□ADHD □焦慮問題 □憂鬱問題 □其他_____ □無		
*網路使用習慣自我篩檢量表合計總分（總分超過 **11 分**者即可能具有高度網路沉迷傾向）			
*個案問題描述	□情緒困擾 □家庭狀況 □拒學 □就學適應 □學習困難 □同儕關係 □其他人際關係 □工作與經濟壓力 □性別議題 □其他_____		
其他與個案相關重要資訊			
*期待轉介治療單位	例如： 衛生福利部桃園療養院		
*期待治療時間	例如：星期一、四 下午及晚上		

治療單位回覆（轉介單位請勿填寫）			
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、有關「期待轉介治療單位」欄位填寫，詳參本局合作之網路成癮治療機構名單。
三、本資料屬個人資料，請依法妥善使用及保管。
四、桃園市政府衛生局心理健康科 聯絡電話：03-3325880 傳真電話：03-3362516，傳真後請來電確認。