

衛生福利部南投醫院

南投縣政府教育處網路成癮個案轉介單

填表日期： 年 月 日

* 個案來源	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職)			
	<input type="checkbox"/> 專科學校 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 幼兒園			
	<input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	透過教育處轉介南投醫院服務者，一律通知所屬學校輔導室，並須提供一位校內主責輔導教師。 教師姓名：_____、連絡電話/LINE ID:_____。			
* 姓名：		* 年齡：	* 性別：	* ：
* 身分證號：			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
* 居住地址：				
* 主要照顧者	姓名：		關係：	聯絡電話：
	居住地址：			
* 主要照顧者願意讓個案接受醫療服務嗎？	<input type="checkbox"/> 願意帶個案至南投醫院小兒神經科就醫，掛號日期：____ <input type="checkbox"/> 願意帶個案至南投醫院身心科/兒童心智科就醫，掛號日期：____ <input type="checkbox"/> 願意帶個案至南投醫院心理師門診會談，掛號日期：____ <input type="checkbox"/> 願意心理師入校與個案在校內會談，預約日期：____ <input type="checkbox"/> 照顧者/家長無意願，但個案本人希望接受醫療服務			
其他與個案相關重要資訊				

轉介機關(構)：南投縣政府教育處學特科

轉介人員：_____ 單位主管：_____

電話：

傳真：

轉介日期： 年 月 日

備註：

- 為利個人資料之使用，請於轉介前告知個案轉介目的，並請個案簽具個人資料轉介同意書。
- 請電洽 **049-2231150/2128** 網癮承辦人，確認當時傳送轉介單之方式。

114 年 05 月 14 日訂定