

宜蘭縣『酒癮治療費用補助方案』轉介單

個案基本資料	個案類型	☐ 法院裁定需接受家暴加害人處遇計畫之酒癮治療者 ☐ 其他依法執行，且領有經濟困難相關證明之經濟弱勢者 ☐ 社區酒精成癮個案自願型者 ☐ 其他（請註明）_____				
	轉介事由	☐ 提供衛教資訊 ☐ 安排門診				
	姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	年 月 日
	身分證字號		職業		電話	
	家屬連絡人		關係		電話	
	戶籍地址					
	通訊地址					
是否曾接受酒癮治療相關治療		☐ 否 ☐ 是：(治療期間 年 月 日- 年 月 日) 治療方式：_____				
個案問題概述	一、飲酒行為狀態（請說明）： 二、其他_____					
轉介單位已提供服務內容						
轉介單位		轉介者		主管核章		
轉介日期		連絡電話		傳真		

宜蘭縣政府衛生局心理衛生及毒品防制科
 聯絡電話：9351087 傳真電話：9312881

宜蘭縣『酒癮治療費用補助方案』轉介處理回覆單

轉介單位		轉介人員	
個案姓名		身分證統一編號	
回覆處理情形	☐ 已安排指定酒癮治療機構，機構名稱： ☐ 未安排指定酒癮治療機構，原因： ☐ 無法聯繫個案 ☐ 個案拒絕服務 ☐ 其他原因：_____		

評估人員：

承辦人：

單位主管：