

## 111 年度青少年藥癮治療服務計畫

### 壹、前言：

有關青少年藥物濫用問題日益嚴重，許多家長不了解如何面對有藥癮治療需求之青少年，也怕社會對毒品濫用之汙名，不敢向外尋求協助；許多助人工作者面對有藥物濫用議題的青少年，想提供協助卻礙於資源不足。

為因應第 2、3 級毒品濫用增加趨勢及施用者年輕化，本局將持續辦理 111 年度青少年藥癮治療服務計畫，期待透過本計畫提供青少年藥癮者諮詢、心理治療或醫療治療等服務，提升青少年藥癮者就醫意願，降低經濟負擔，強化青少年藥癮者之治療效能，並減少因藥物濫用所導致之相關公共危害。

### 貳、目的：

一、藉由專業藥癮治療人員評估並提供適切藥癮治療服務，協助青少年藥癮者面對及處理藥物濫用議題。

二、建置本市青少年藥癮者友善的學校、司法及醫療支持環境。

參、主辦單位：桃園市政府衛生局、桃園市政府毒品危害防制中心。

肆、協辦單位：臺灣桃園地方法院、桃園市臨床心理師公會、桃園市諮商心理師公會。

伍、計畫期程：自 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止(視衛生福利部核准強化社會安全網計畫及經費後執行)。

陸、計畫服務內容：為了提供本市有藥物或精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年成癮治療衛教、諮詢、心理評估或醫療服務，提供以下服務項目：

方案一：心理師到校輔導服務(以下簡稱心理師到校)

(一) 服務對象：設籍(或學籍)於本市 20 歲(含 20 歲)以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年(不含具有緩起訴身分之青少年)。

(二) 服務內容：由專業心理師到校進行心理輔導，協助藥物濫用學生處理藥物濫用等相關問題。每位青少年每年度申請服務以 1 次為限，申請服務後由心理師到校進行心理輔導，每周 1 次、每次 1 小時，心理師可依照其專業評估調整輔導頻率，每案輔導以 8 小時為上限。

## 方案二：醫療服務

- (一) 服務對象：設籍(或學籍)於本市 20 歲(含 20 歲)以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年(如為地方法院少年保護官轉介之個案不受年齡限制，年滿 20 歲須附自願追蹤同意書(附件 2)；另不含具有緩起訴身分之青少年)。
- (二) 服務內容：青少年至合作機構接受服務，服務機構評估其狀況安排心理或醫療等相關治療服務，每位青少年每年申請服務費用以新臺幣 2 萬元為限，若合作機構經評估青少年有其必要性需增加或持續其治療服務(紀錄內需有評估說明)，須先行函文本局同意(檢附服務紀錄)後，得以依實際執行之費用核實支付。

## 方案三：臺灣桃園地方法院心理師駐點服務(以下簡稱地院駐點)

- (一) 服務對象：僅限於臺灣桃園地方法院之家事法庭、少年法庭之法官、書記官等法院內部轉介，不受年齡限制有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年(不含具有緩起訴身分之青少年)。
- (二) 服務內容：由專業心理師前往臺灣桃園地方法院提供服務，以心理輔導方式協助有上述相關議題受保護處分之少年，駐點服務每周 1 次、每次 3 小時。

## 柒、服務流程(含滿額處理)：

有服務需求之設籍(或學籍)於本市 20 歲(含 20 歲)以下青少年，由各級單位(社會局、教育局、地方法院調查保護室、家事法庭、少年法庭或各級學校等)及醫療院所提供未成年輔導服務轉介單(附件 1)，向本市毒品危害防制中心(以下簡稱毒防中心)申請，本局收件進行審核並將結果函覆轉介單位；另方案三地院駐點為法院進行內部轉介(提供附件 8 與附件 9 予法官開庭中說明使用)，由書記官登記服務期程。

## 捌、服務規定：

- 一、接受方案一心理師到校之青少年，如欲取消服務或改期，至少需於預定接受服務之前 1 個工作日下午 5 時前來電申請[例如：取消或改期 111 年 3 月 7 日(星期一)之服務，需於 111 年 3 月 4 日(星期五)下午 5 時前致電取消]，未申請或無故未到 2 次(含 2 次)，將視為中斷治療，取消服務資格並予以結案。

- 二、接受方案二醫療服務之青少年，由服務機構自行與青少年約定時間，若未即時通知、多次無故未到[即 2 次(含)以上]或直接拒絕服務者，由服務機構視青少年之聯繫情形、有無回診狀況與轉介單位討論，將視情形予以結案。
- 三、安排方案三地院駐點之青少年，為能有良好輔導品質建議以每次 1 小時、8 次(週)/人為固定期程，心理師於服務過程可評估是否提早結案或延長第 2 次服務，於服務過程中 2 次未到或因不可抗力因素而無法接受服務，將逕行予以結案，請轉介單位預約後填寫 111 年度青少年藥癮治療服務報告表(如附件 10)，倘若有提早結案之青少年將回報轉介單位取消原預約之時間，供其他個案提出申請；若青少年確實有藥物濫用議題，經法院內部評估需轉介本市毒防中心列管服務，則另提供未成年輔導服務轉介單(附件 1)。
- 四、為精進並改善計畫之行政流程及服務效益，本局將舉辦跨網絡連繫會議，請踴躍派員參加，共同討論、改善計畫執行困難之處，並促進網絡單位聯繫，以提升本計畫服務品質。

#### 五、執行機構、人員注意事項

##### (一) 資格：

1. 本市指定藥癮戒治機構及醫療院所醫事人員或社工人員。
2. 心理治療所、心理諮商所、非營利組織等機構內之聘用心理師、行動心理師或社工人員。

##### (二) 注意事項：

1. 提供服務方案一(心理師到校)或方案二(醫療服務)之機構或人員，應主動與青少年約定治療時間，取消服務資格青少年之結案報告請服務結束後函送本局。
2. 本計畫費用不得與其他計畫重複申請，如查屬實將扣回款項。
3. 為保護少年隱私，處理過程請依據少年事件處理法第 83 條及第 83 條之 1，關於少年事件保密及紀錄塗銷之規定。

#### 六、服務回饋機制：

- (一) 方案一(心理師到校服務)：承案心理師於每案結案後以電子郵件加密方式提供服務紀錄給本局承辦人，待本局承辦人收到紀錄之 3 日內並確認齊全後，再以電子郵件加密方式給予轉介單位。

(二) 方案二(醫療服務):每月提供服務紀錄給本局承辦人,待本局承辦人收到紀錄之 3 日內並確認齊全後,再以電子郵件加密方式給予轉介單位。

(三) 方案三(地院駐點):心理師每月提供服務紀錄給本局承辦人,待本局承辦人收到紀錄並確認齊全後,再以電子郵件加密方式給予轉介單位(請轉介單位先行提供全室保護官分機與聯絡信箱表,以利後續承辦單位與心理師聯繫或回覆紀錄使用;另若少年當日未出席,轉介單位也可於該時段致電家事商談室分機 14242 或 14248 與心理師討論少年狀況)。

七、為增加轉介單位轉介服務之便利性,轉介單位可以公文、電子郵件及傳真擇一方式提供未成年輔導服務轉介單向本市毒防中心申請服務,於服務期間為提供轉介單位青少年出席服務之情形,由服務機構與青少年約定時間及完成服務後填寫 111 年度青少年藥癮治療服務報告表(附件 10),並於每月 5 號前以電子郵件加密方式提供本局與轉介單位,以便得知服務情形。

八、本計畫執行期間如遇嚴重特殊傳染性肺炎之疫情,將配合中央流行疫情指揮中心之規定調整計畫執行內容,惟執行方式與收費標準須視服務單位符合執行資格(如遠距醫療及通訊諮商等規定),另案調整執行。

## 玖、工作期程

| 月份<br>項目   | 110 年<br>12 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|------------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 111 年計畫陳核  | √             | √ | √ |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 111 年契約書簽訂 |               | √ | √ | √ |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 執行期間       |               | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √  | √  |    |
| 112 年計畫撰寫  |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   | √  | √  | √  |

## 壹拾、預期效益

- 一、透過心理及醫療等相關戒癮治療服務協助青少年藥物成癮者恢復身體、心理及社會生活等全方位的重建，將使用回饋問卷讓青少年填寫開放性問題，了解青少年接受服務後的改變，以評估本服務計畫之效益。
- 二、青少年藥物成癮者透過專業協助，了解毒品所帶來之身體傷害，引以為戒遠離毒品，進而能協助受沉淪毒品之同儕，使用問卷評估，期待少年拒絕使用毒品的認知度能達 85%。
- 三、接受服務後青少年藥癮者填寫回饋問卷表，期待對於服務滿意度可達 85%。



# 桃園市毒品危害防制中心 未成年輔導服務轉介單

附件 1

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                           |        |  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|--------|--|
| 轉 介 單 位                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | 轉 介 日 期                                                   |        |  |
| 轉 介 人 員<br>( 名 字 及 職 稱 ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 單位聯絡電話 |                                                           | 單位電子信箱 |  |
| 個 案 姓 名                  | 出生日期：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |        |  |
| 身 分 證 字 號                | 聯絡電話：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | 手機：                                                       |        |  |
| 戶 籍 地                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                           |        |  |
| 居 住 地                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                           |        |  |
| 就 學 情 形                  | <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 就學中(學校/班別_____ / _____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                           |        |  |
| 用 藥 種 類                  | <input type="checkbox"/> K 他命 <input type="checkbox"/> 新型態毒品(咖啡包、彩虹菸、小熊軟糖等) <input type="checkbox"/> 笑氣 <input type="checkbox"/> 大麻<br><input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 一粒眠 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                           |        |  |
| 初 次 用 藥 年 齡              | _____歲 後遺症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |                                                           |        |  |
| 施 用 方 式                  | <input type="checkbox"/> 吸食 <input type="checkbox"/> 菸抽 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                           |        |  |
| 是否接受治療或戒治                | <input type="checkbox"/> 否 原因：_____<br><input type="checkbox"/> 是 (方式 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 中途之家 <input type="checkbox"/> 矯治機關 <input type="checkbox"/> 康復之家 <input type="checkbox"/> 其他_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                           |        |  |
| 家 庭 狀 況                  | (次數：_____次，接受治療單位名稱：_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                           |        |  |
| 家 庭 背 景                  | <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 三代 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他 _____<br>居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 寄居親友家 <input type="checkbox"/> 其他 _____<br>家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳 ( <input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他 _____)<br>案主的主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 叔伯嬸姨姑 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>家庭對案主關係： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突 |        |                                                           |        |  |
| 監 護 人 或 主 要 照 顧 者        | 姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____<br>地址：_____ 是否知悉個案情況 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                                           |        |  |
| 主 要 問 題                  | 就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用<br>心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵<br><input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 其他 _____<br>家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 人際關係差<br><input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題 <input type="checkbox"/> 居住問題                                                                                                                                                                                                                |        |                                                           |        |  |
| 案 情 簡 述                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                           |        |  |
| 方案二醫療服務                  | 個案初評時間<br>Google Meet 會議代碼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                           |        |  |

承辦人：

主管：

- ※ 本方案服務對象為本市 20 歲(含 20 歲)以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年。
- ※ 未成年輔導服務轉介單以公文、電子郵件或傳真方式至本中心(公文地址：桃園市桃園區縣府路 55 號/電子郵件：tyhdrug626@gmail.com/傳真：03-3340321/電話：03-3341066)，兒少組承辦人收
- ※ 轉介單位先與個案約定初評時間及填寫線上會議室代碼，如為公文函送且勿訂於發文日 3 天內避免公文延宕，無法如期初評。

## 桃園市毒品危害防制中心 未成年輔導服務轉介單

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------|
| 轉介單位            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 轉介日期 |                                                           |
| 轉介人員<br>(名字及職稱) | 單位聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | 單位電子郵件                                                    |
| 個案姓名            | 出生日期：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身分證字號           | 聯絡電話：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | 手機：                                                       |
| 戶籍地             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                           |
| 居住地             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                           |
| 就學情形            | <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 就學中(學校/班別_____/_____) )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                                                           |
| 用藥種類            | <input type="checkbox"/> 海洛因 <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> K 他命 <input type="checkbox"/> 喵喵 <input type="checkbox"/> 神仙水 <input type="checkbox"/> 一粒眠 <input type="checkbox"/> FM2 <input type="checkbox"/> 大麻<br><input type="checkbox"/> 新型態毒品(咖啡包、彩虹菸、小熊軟糖等) <input type="checkbox"/> 笑氣 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                           |
| 初次用藥年齡          | ____歲 後遺症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                           |
| 施用方式            | <input type="checkbox"/> 吸食 <input type="checkbox"/> 菸抽 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                           |
| 是否接受治療或戒治       | <input type="checkbox"/> 否 原因：_____<br><input type="checkbox"/> 是 (方式 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 中途之家 <input type="checkbox"/> 矯治機關 <input type="checkbox"/> 康復之家 <input type="checkbox"/> 其他_____) (次數：____次，接受治療單位名稱：_____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                           |
| 家庭狀況            | <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 三代 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                           |
| 家庭背景            | 居住狀態： <input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 寄居親友家 <input type="checkbox"/> 其他 _____<br>家庭經濟狀況： <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳( <input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 障礙補助 <input type="checkbox"/> 其他 _____)<br>案主的主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> 叔伯嬸姨姑 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>家庭對案主關係： <input type="checkbox"/> 過分關心 <input type="checkbox"/> 關心 <input type="checkbox"/> 不關心 <input type="checkbox"/> 有放棄意念 <input type="checkbox"/> 關係緊張或衝突                             |      |                                                           |
| 監護人或主要照顧者       | 姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____<br>地址：_____ 是否知悉個案情況 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                           |
| 主要問題            | 就醫及服藥問題： <input type="checkbox"/> 拒絕就醫 <input type="checkbox"/> 就醫不規則 <input type="checkbox"/> 服藥不規則 <input type="checkbox"/> 服藥副作用<br>心理及行為問題： <input type="checkbox"/> 情緒不穩定 <input type="checkbox"/> 人際關係差 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 破壞 <input type="checkbox"/> 謾罵<br><input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 其他 _____<br>家庭及生活問題： <input type="checkbox"/> 家庭支持度不佳 <input type="checkbox"/> 醫療及生活衛教 <input type="checkbox"/> 人際關係差<br><input type="checkbox"/> 自我照顧能力差 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 社會資源問題 <input type="checkbox"/> 居住問題 |      |                                                           |
| 案情簡述            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                           |
| 服務內容            | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校) <input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                           |
| 備註              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                           |

承辦人：

主管：

※ 本方案服務對象為本市 20 歲(含 20 歲)以下有藥物、精神刺激物質濫用議題或濫用之虞之青少年。

※ 未成年輔導服務轉介單以公文、電子郵件或傳真方式至本中心(公文地址：桃園市桃園區縣府路 55 號/電子郵件：tyhdrug626@gmail.com/傳真：03-3340321/電話：03-3341066)，兒少組承辦人收

※ 轉介單位先與個案約定初評時間及填寫線上會議室代碼，如為公文函送且勿訂於發文日 3 天內避免公文延宕，無法如期初評。

## 藥癮者自願接受追蹤輔導同意書

本人自願接受桃園市政府毒品危害防制中心之追蹤輔導，經此同意後，接受毒品危害防制中心日後定期或不定期之電話關懷、家庭訪視、就業輔導、就學輔導、社會救助、醫療轉介及其他有需關懷之事務。

此致

桃園市政府毒品危害防制中心

|           |                             |
|-----------|-----------------------------|
| 同 意 人 簽 章 |                             |
| 國民身分證統一編號 |                             |
| 出 生 日 期   |                             |
| 戶 籍 地     |                             |
| 現 居 地     |                             |
| 聯 絡 電 話   |                             |
| 緊急連絡家屬、電話 | 姓名：<br>關係：<br>電話：           |
| 簽 署 日 期   | 年            月            日 |





### 三、會談內容摘要

#### 後續建議事項

- ☐ 持續會談輔導，時間：\_\_\_\_\_
- ☐ 建議就醫就診
- ☐ 建議轉介其他資源：
- ☐ 須學校單位配合關懷
- ☐ 其他\_\_\_\_\_

#### 結案原因

- ☐ 問題改善至預期目標
- ☐ 拒絕服務，已會談\_\_\_\_\_次
- ☐ 到達次數限制
- ☐ 因住院停止
- ☐ 個案爽約
- ☐ 其他原因\_\_\_\_\_

## 111 年青少年藥癮治療服務計畫

## 輔導人員簽到表

| 輔導日期起日 |         |        | 輔導人員                                                                                                            |        |
|--------|---------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 輔導日期訖日 |         |        | 聯絡電話                                                                                                            |        |
| 序<br>號 | 輔導日期/時間 |        | 方案                                                                                                              | 輔導人員簽名 |
| 1      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 2      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 3      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 4      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 5      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 6      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 7      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |
| 8      | 年       | 月 日    | <input type="checkbox"/> 方案一(心理師到校)<br><input type="checkbox"/> 方案二(醫療服務)<br><input type="checkbox"/> 方案三(地院駐點) |        |
|        | 時       | 分至 時 分 |                                                                                                                 |        |

# 111 年青少年藥癮治療服務計畫

## 接受服務回饋問卷表

你好！

感謝你對本服務的參與和支持，為了讓我們做得更好，請給我們最真誠的回饋，讓我們有所改進。本表僅供參考之用，不會對你造成任何影響，謝謝你的參與！也祝你一切順利！

桃園市政府衛生局 敬上

※在下列的敘述中，根據你的感受和想法勾選最符合的項目

一、關於接受輔導人員服務的過程，我的感受是？

|                     | 同意                       | 無意見                      | 不同意                      |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 輔導人員的服務讓我覺得受到尊重  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 在被輔導的過程我的感覺是安心的  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 在和輔導人員相處時我覺得是自在的 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 我在輔導的過程願意說出我的感受  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 我會期待下次和輔導人員的面談   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

二、我自己最近的生活情況是？(請根據最近兩週的感覺來回答以下問題)

|                           | 同意                       | 無意見                      | 不同意                      |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我睡醒後神清氣爽，感覺充分的休息       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 出門上學時我覺得心情愉快           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 放學後我有自己想做的事情           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 「家」對我來說是能放鬆的地方         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 除了父母手足，親友中有人對我很友善，會幫助我 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 我看到想見的朋友並愉快的聊天         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 我覺得心情平靜                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

三、關於藥物濫用，我的做法是？

|                    | 做不到                      | 可能做不到                    | 做得到                      | 一定做得到                    |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 我能拒絕毒品的誘惑       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 我會用正向管道紓解，不依賴毒品 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 我不再使用毒品         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

四、對於毒品的認知，我的瞭解是?(於下方自由填答)

五、我認為我的人際關係如何?(於下方自由填答)

六、對於現在或未來的生活目標，我的想法是什麼?(於下方自由填答)

七、對於本次會談服務，我的想法是?(於下方自由填答)

請勾選：☐有幫助    ☐無幫助

日期：      年      月      日

## 桃園市政府衛生局青少年治療服務計畫(醫療服務) 個案醫療費用清冊

期間： 年 月 日至 年 月 日

| 姓名 | 身分證<br>字號 | 藥癮治療<br>門診診察 |    | 藥癮診斷性<br>會談 |    | 藥癮<br>心理衡鑑 |    | 藥癮社會生<br>活功能評估 |    | 藥癮<br>家族治療 |    | 藥癮個別<br>心理治療 |    | 申報金額<br>(元) |
|----|-----------|--------------|----|-------------|----|------------|----|----------------|----|------------|----|--------------|----|-------------|
|    |           | 次數           | 金額 | 次數          | 金額 | 次數         | 金額 | 次數             | 金額 | 次數         | 金額 | 次數           | 金額 |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
|    |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |
| 合計 |           |              |    |             |    |            |    |                |    |            |    |              |    |             |

填表人：

單位主管：

**桃園市政府衛生局青少年治療服務計畫(醫療服務)**  
**申報費用總表**

期間： 年 月 日至 年 月 日

| 機構名稱 | 藥癮治療<br>門診診察 |    | 藥癮<br>診斷性會談 |    | 藥癮心理衡鑑 |    | 藥癮社會生活<br>功能評估 |    | 藥癮家族治療 |    | 藥癮<br>個別心理治療 |    | 申報金額<br>(元) |
|------|--------------|----|-------------|----|--------|----|----------------|----|--------|----|--------------|----|-------------|
|      | 次數           | 金額 | 次數          | 金額 | 次數     | 金額 | 次數             | 金額 | 次數     | 金額 | 次數           | 金額 |             |
|      |              |    |             |    |        |    |                |    |        |    |              |    |             |

填表人：

單位主管：

# 臺灣桃園地方法院 心理師駐點服務

不管是面對家庭、工作、人際互動導致現在的你接觸了毒品與物質的濫用，皆可以嘗試找心理師聊聊，讓她協助你接納自己，學習面對困境。

**對象：**設籍本市含 20 歲以下有物質濫用  
議題之青少年

**時間：**111 年度  
每週一下午 2 點至 5 點

**地點：**桃園地方法院(家事商談室)

**主辦單位：**桃園市政府毒品危害防制中心

**協辦單位：**臺灣桃園地方法院

## 臺灣桃園地方法院心理師駐點服務

### 未成年輔導服務同意書

本服務依據毒品危害防制條例第 2-1 條以及個人資料保護法第 8、15、16 條規定辦理

#### 未成年簽署

本人\_\_\_\_\_（身分證：\_\_\_\_\_生日：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_）了

解並同意進行心理諮商輔導服務，為桃園地方法院轉介至桃園市政府毒品危害防制中心所安排之桃園地方法院心理師駐點輔導服務，會將相關服務情形回復轉介單位。

本人了解並同意以上服務依據毒品危害防制條例第 2-1 條以及個人資料保護法第 8、15、16 條規定辦理。

簽署日期： 年 月 日

#### 法定代理人簽署

茲同意受輔導人\_\_\_\_\_（身分證：\_\_\_\_\_）進行心理諮商輔導服務，為桃園地方法院轉介至桃園市政府毒品危害防制中心所安排之桃園地方法院心理師駐點輔導服務，會將相關服務情形回復轉介單位。

法定代理人簽章：

法定代理人身分證字號：

法定代理人連絡電話：

簽署日期： 年 月 日

（未滿 20 歲者使用本項服務需由法定代理人簽署同意，簽署後請繳回。）

# 111 年度青少年藥癮治療服務報告表-方案一心理師到校(111 年 月)

附件 10

服務心理師：

橘底由衛生局填寫/藍底由心理師填寫

| 序號 | 轉介學校  | 姓名  | 服務情形(不論有無出席皆須填寫) 表格不足請往右增加 |   |     |     |     |   |   |   |   |   |  |  | 備註 |
|----|-------|-----|----------------------------|---|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|--|--|----|
|    |       |     | 服務次數                       |   | 1   | 2   | 3   | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |  |    |
| 範例 | 00 高中 | 陳○明 | 服務日期                       | 年 | 111 | 111 | 111 |   |   |   |   |   |  |  |    |
|    |       |     |                            | 月 | 1   | 1   | 1   |   |   |   |   |   |  |  |    |
|    |       |     |                            | 日 | 1   | 8   | 15  |   |   |   |   |   |  |  |    |
|    |       |     | 出席與否                       |   | 是   | 是   | 是   |   |   |   |   |   |  |  |    |
| 1  |       |     | 服務日期                       | 年 |     |     |     |   |   |   |   |   |  |  |    |
|    |       |     |                            | 月 |     |     |     |   |   |   |   |   |  |  |    |
|    |       |     |                            | 日 |     |     |     |   |   |   |   |   |  |  |    |
|    |       |     | 出席與否                       |   |     |     |     |   |   |   |   |   |  |  |    |

本表經本局轉介至服務機構後由服務機構與青少年約定時間及完成服務後填寫，並於每月 5 號前以電子郵件加密方式提供本局與轉介單位，以便得知服務情形。

# 111 年度青少年藥癮治療服務報告表-方案二醫療轉介(111 年 月)

附件 10

服務心理師：

橘底由衛生局填寫/藍底由心理師填寫

| 序號 | 轉介單位              | 姓名  | 服務情形(不論有無出席皆須填寫)表格不足請往右增加 |   |     |     |     |   |   |   |   |   |   |    | 備註                  |
|----|-------------------|-----|---------------------------|---|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|---|----|---------------------|
|    |                   |     | 服務次數                      |   | 1   | 2   | 3   | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                     |
| 範例 | 桃園地方法院<br>義股/6060 | 陳○明 | 服務日期                      | 年 | 111 | 111 | 111 |   |   |   |   |   |   |    | ◎111/1/1 去電少年改約 2/3 |
|    |                   |     |                           | 月 | 1   | 2   | 2   |   |   |   |   |   |   |    |                     |
|    |                   |     |                           | 日 | 1   | 1   | 3   |   |   |   |   |   |   |    |                     |
|    |                   |     | 出席與否                      |   | 是   | 否   | 是   |   |   |   |   |   |   |    |                     |
| 1  |                   |     | 服務日期                      | 年 |     |     |     |   |   |   |   |   |   |    |                     |
|    |                   |     |                           | 月 |     |     |     |   |   |   |   |   |   |    |                     |
|    |                   |     |                           | 日 |     |     |     |   |   |   |   |   |   |    |                     |
|    |                   |     | 出席與否                      |   |     |     |     |   |   |   |   |   |   |    |                     |

本表經本局轉介至服務機構後由服務機構與青少年約定時間及完成服務後填寫，並於每月 5 號前以電子郵件加密方式提供本局與轉介單位，以便得知服務情形。

# 111 年度青少年藥癮治療服務報告表-方案三地院駐點(111 年 月)

附件 10

家事商談室分機 14242 或 14248

橘底由衛生局填寫/綠底由轉介單位填寫

| 序號 | 姓名  | 聯繫方式        | 服務情形 |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                     | 轉介單位              | 心理師備註 |
|----|-----|-------------|------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------|-------------------|-------|
|    |     |             | 服務次數 | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                     |                   |       |
| 範例 | 陳○明 | 0900-123456 | 年    | 111   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 書記官股別/分機            | ◎111/1/1 去電少年無人接聽 |       |
|    |     |             | 月    | 1     |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 仁股/8080             |                   |       |
|    |     |             | 日    | 1     |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 保護官股別/分機/信箱         |                   |       |
|    |     |             | 時段   | 14-15 |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 義股/6060             |                   |       |
|    |     |             | 出席與否 | 否     |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 123@judicial.gov.tw |                   |       |
| 1  |     |             | 年    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 書記官股別/分機            |                   |       |
|    |     |             | 月    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                     |                   |       |
|    |     |             | 日    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 保護官股別/分機/信箱         |                   |       |
|    |     |             | 時段   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                     |                   |       |
|    |     |             | 出席與否 |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                     |                   |       |

本表經本局轉介至服務機構後由服務機構與青少年約定時間及完成服務後填寫，並於每月 5 號前以電子郵件加密方式提供本局與轉介單位，以便得知服務情形。