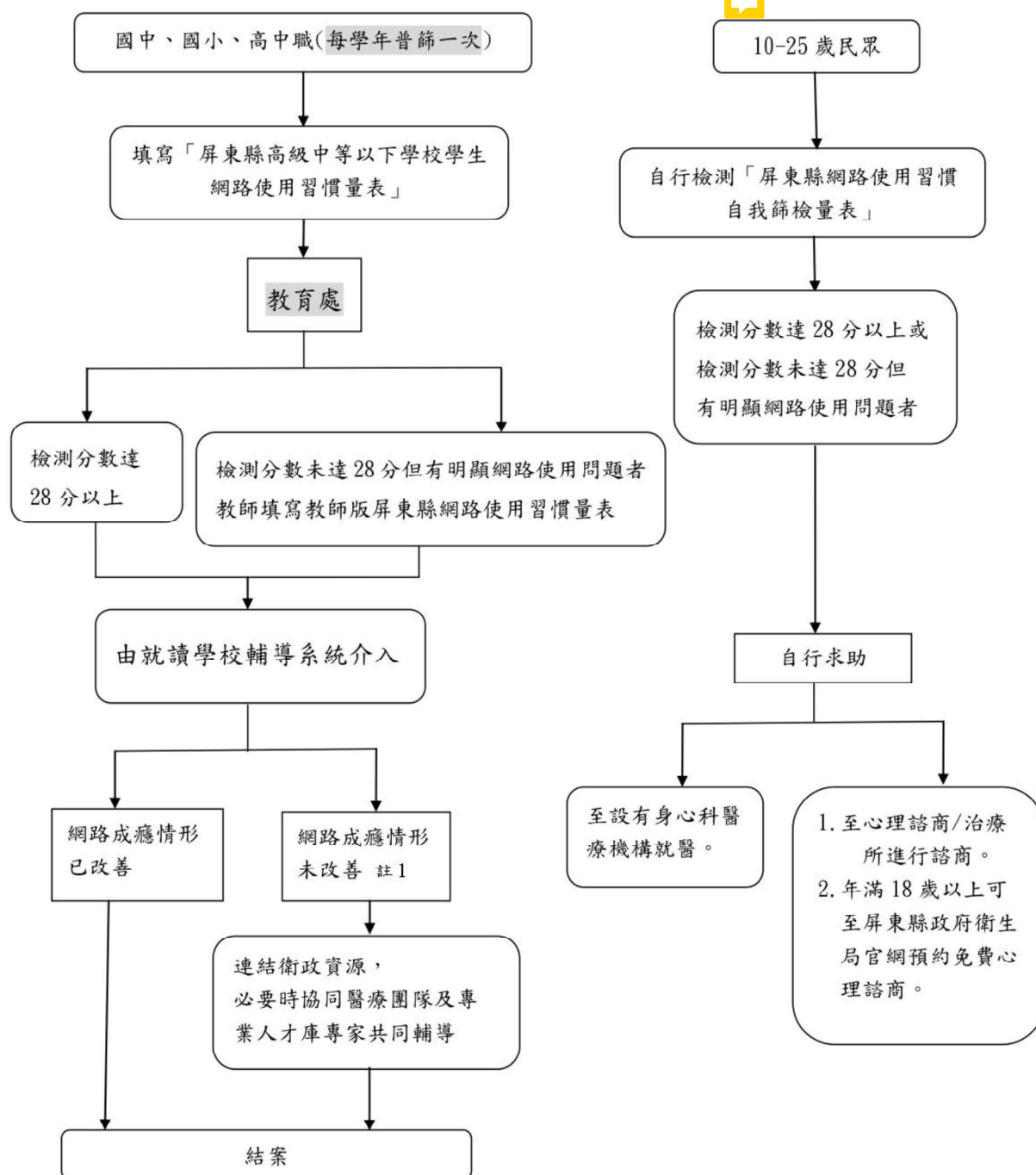


屏東縣政府衛生局網路成癮防治合作轉介流程



註1:填寫轉介單傳真至 7384225。

屏東縣政府衛生局

高風險網路成癮個案轉介單

轉介單位		轉介日期	年 月 日
個案姓名		出生日期	年 月 日
聯絡人姓名/關係		聯絡人電話	
居住地址			
轉介原因/簡述狀況			
轉介需求	☐ 轉介精神醫療就醫 ☐ 協同精神醫療團隊共同輔導		
轉介者姓名/職稱		聯繫電話	

回 覆 單

辦理情形	轉介精神醫療就醫： 醫院名稱：_____		
	聯繫窗口姓名：_____電話：_____		
	協同精神醫療團隊共同輔導： 請_____醫院協助。		
	聯繫窗口姓名：_____電話：_____		
回覆者		回覆日期	年 月 日

備註：屏東縣政府衛生局心理衛生與毒品防制科

盧小姐、蔡小姐 電話：08-7370123 傳真：08-7384225