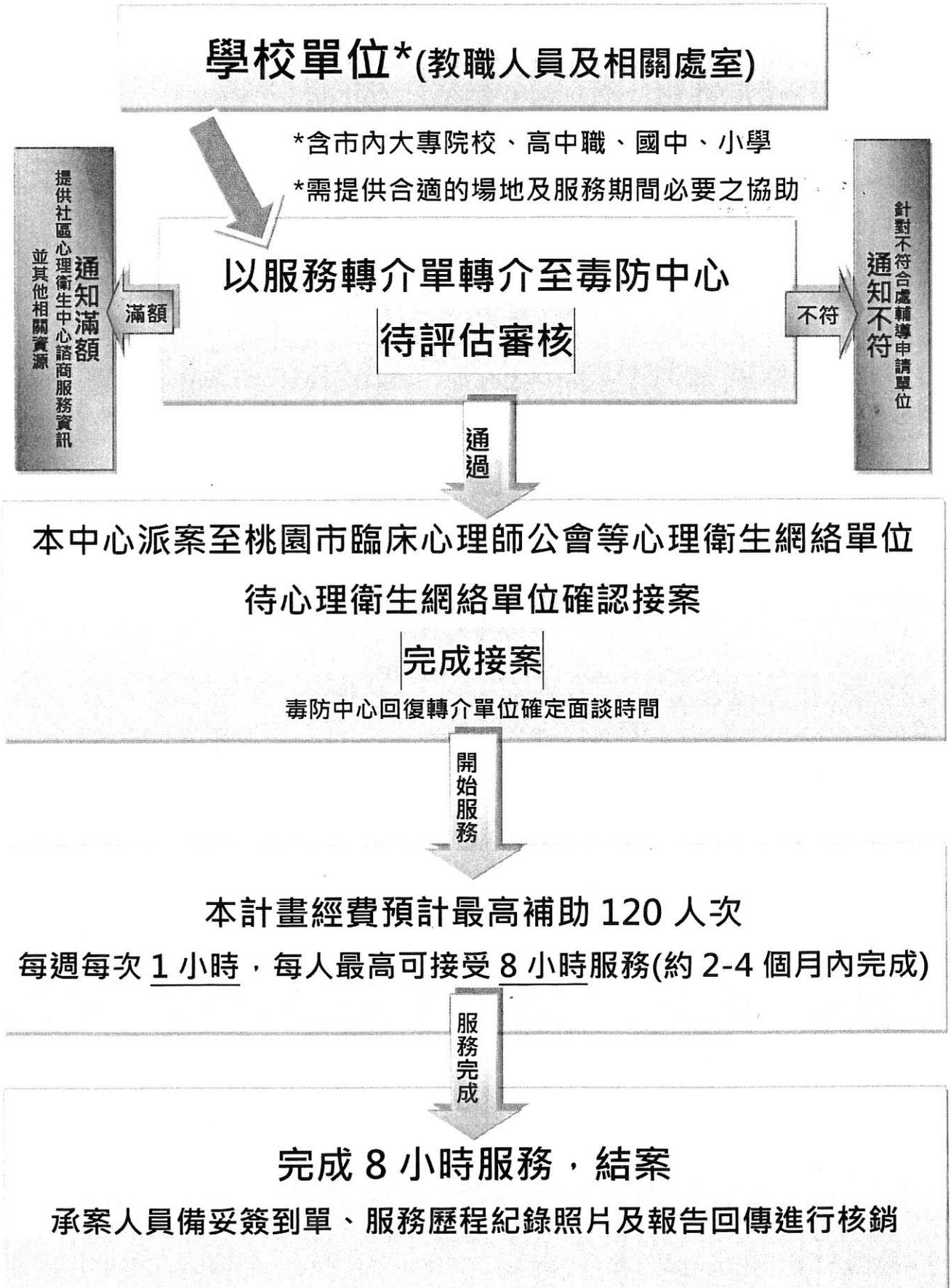


107 年度桃園市藥物濫用學生心理輔導計畫

實施流程圖



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

茲同意_____ (身分證字號：_____)

受輔導人聯繫電話_____)交由桃園市毒品危害防制中心進行輔導服務，其內容包括戒治輔導、疾病篩檢、心理治療、心理諮商輔導、尿液篩檢、社會福利、就業、就學輔導之相關轉介服務，且得將相關服務情形回復通報單位。

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。

此致

桃園市毒品危害防制中心

法定代理人簽章：

法定代理人身分證字號：

法定代理人聯絡電話：

法定代理人聯絡地址：

簽署日期：

年 月 日

(未滿 20 歲者申請本項服務需由法定代理人簽署同意書)

法規依據

名稱	毒品危害防制條例
修正日期	民國 99 年 11 月 24 日
第 2-1 條	直轄市、縣（市）政府為執行毒品防制工作，應由專責組織辦理下列事項： 一、毒品防制教育宣導。 二、提供施用毒品者家庭重整及心理輔導等關懷訪視輔導。 三、提供或轉介施用毒品者各項社會救助、法律服務、就學服務、保護安置、危機處理服務、職業訓練及就業服務。 四、提供或轉介施用毒品者接受戒癮治療及追蹤輔導。 五、依法採驗尿液及訪查施用毒品者。 六、追蹤及管理轉介服務案件。 七、其他毒品防制有關之事項。 直轄市、縣（市）政府應編列預算辦理前項事宜；必要時，得由各中央目的事業主管機關視實際情形酌予補助。
名稱	個人資料保護法
修正日期	民國 99 年 05 月 26 日
生效狀態	※本法規部分或全部條文尚未生效，本法 99.05.26 修正公布之全文，除第 6、54 條條文施行日期，由行政院定之外，其餘條文定自中華民國一百零一年十月一日施行。
第 8 條	公務機關或非公務機關依第十五條或第十九條規定向當事人蒐集個人資料時，應明確告知當事人下列事項： 一、公務機關或非公務機關名稱。 二、蒐集之目的。 三、個人資料之類別。 四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式。 五、當事人依第三條規定得行使之權利及方式。 六、當事人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響。 有下列情形之一者，得免為前項之告知： 一、依法律規定得免告知。 二、個人資料之蒐集係公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務所必要。 三、告知將妨害公務機關執行法定職務。 四、告知將妨害第三人之重大利益。 五、當事人明知應告知之內容。
第 15 條	公務機關對個人資料之蒐集或處理，除第六條第一項所規定資料外，應有特定目的，並符合下列情形之一者： 一、執行法定職務必要範圍內。 二、經當事人書面同意。 三、對當事人權益無侵害。
第 16 條	公務機關對個人資料之利用，除第六條第一項所規定資料外，應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。但有下列情形之一者，得為特定目的外之利用： 一、法律明文規定。 二、為維護國家安全或增進公共利益。 三、為免除當事人之生命、身體、自由或財產上之危險。 四、為防止他人權益之重大危害。 五、公務機關或學術研究機構基於公共利益為統計或學術研究而有必要，且資料經過提供者處理後或蒐集者依其揭露方式無從識別特定之當事人。 六、有利於當事人權益。 七、經當事人書面同意。

藥癮者自願接受追蹤輔導同意書

本人自願接受桃園市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

桃園市毒品危害防制中心

同 意 人 簽 章	
簽 署 日 期	
國民身分證統一編號	
戶 籍 地	
現 住 地	
聯 絡 電 話	
行 動 電 話	
緊急連絡家屬、電話	姓名： 關係： 電話：

桃園市毒品危害防制中心

未成年輔導服務轉介單

(轉介單需配合備妥「未成年輔導服務同意書」始完成轉介程序)

轉介單位			轉介日期		
轉介人員(職稱)	單位聯絡電話		單位傳真電話		
目前輔導狀況	<input type="checkbox"/> 定期尿液篩檢 <input type="checkbox"/> 春暉小組(已輔導_____個月) <input type="checkbox"/> 春暉志工 <input type="checkbox"/> 認輔小組 <input type="checkbox"/> 感化教育 <input type="checkbox"/> 假日輔導 <input type="checkbox"/> 社區服務 <input type="checkbox"/> 其他_____				
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"/> 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_____)				
是否接受治療或戒治	<input type="checkbox"/> 否 原因: _____ <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_____ 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_____) 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_____ 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名: _____ 關係: _____ 電話: _____ 地址: _____				
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 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 <input type="checkbox"/> 自語 <input type="checkbox"/> 干擾 <input type="checkbox"/> 其他_____ 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 <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					
備註					

承辦人:

主管:

※ 未成年輔導服務轉介單並同意書正本請密件函送桃園市毒品危害防制中心 (公文地址: 33053 桃園市桃園區縣府路 55 號 / 聯繫電話: 03-4631495*2818 或 2817)

學校	評估日期	個案編號
----	------	------

107 年度桃園市藥物濫用學生心理諮商輔導

規 約

準時赴約

一旦約定好心理諮商輔導日期及時間，甲方與乙方皆應準時赴約。若其中一方無法赴約，取消約定也必在約定時間 **24 小時之前** 做出通知，避免耽誤雙方行程安排。

禮貌

進行心理諮商輔導期間，甲方及乙方言行舉止應符合禮節，雙方彼此尊重。

誠懇

進行心理諮商輔導時，甲方及乙方雙方彼此坦誠，互不欺瞞，誠實以對。

保密

甲、乙雙方有責任為心理輔導之內容守密。

協助

甲方於諮商輔導期間，評估乙方需其餘資源介入(包含：醫療、諮商及其他)，將會主動提供資訊或予以轉介。

接受協助

若甲方評估擬提供相關資源及轉介，乙方應盡可能配合甲方提供之相關協助。

立約時間：107 年 ____ 月 ____ 日

甲方(承案臨床心理師)簽章 _____ 乙方(接受輔導之學生)簽章 _____