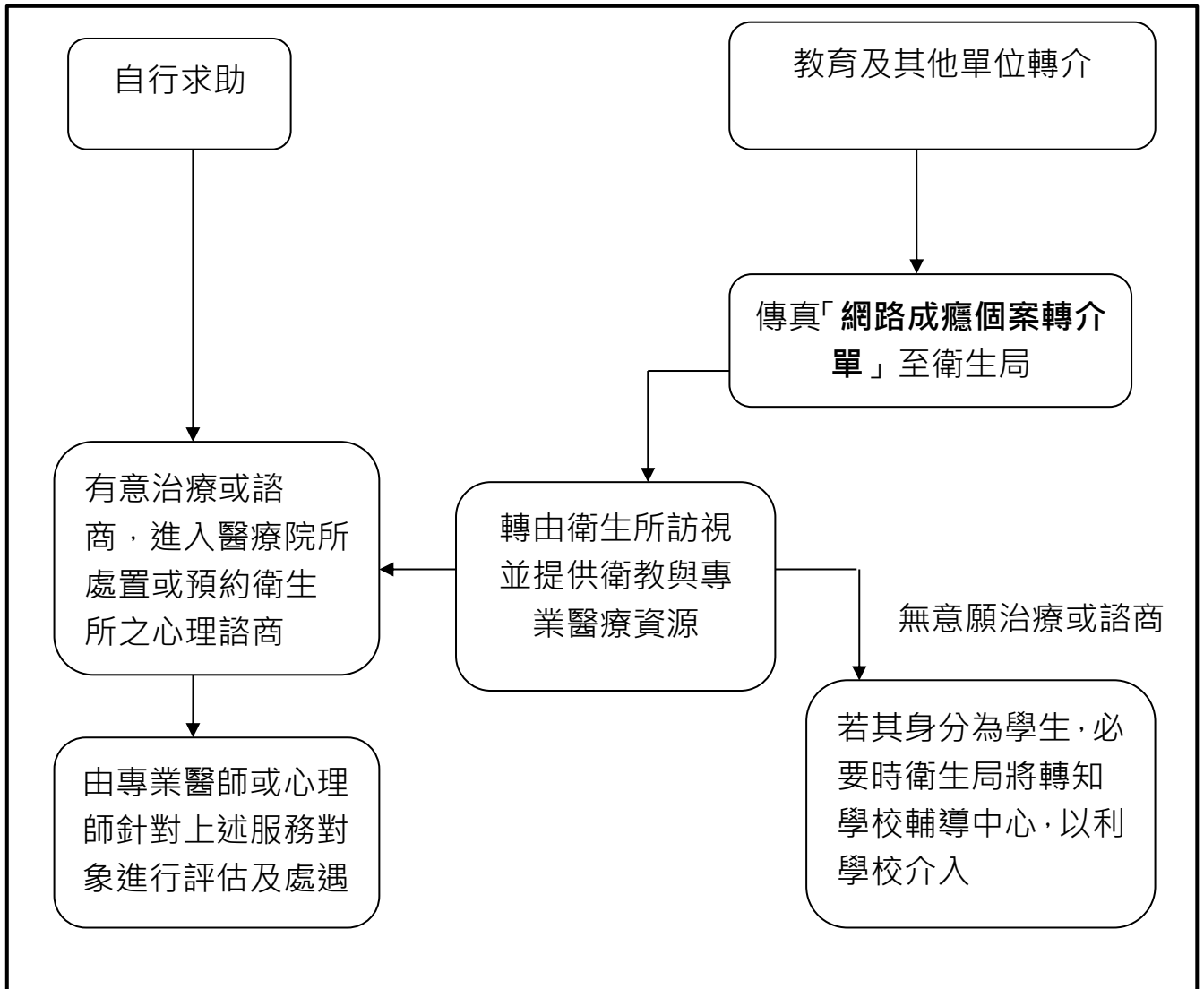


雲林縣網路成癮個案轉介與服務流程圖(110年訂)



網路成癮個案轉介單 (111 訂定)

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"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
若個案的身分為學生，必要時衛生局將轉知學校輔導中心，以利學校介入。			
* 姓名：	* 年齡：	* 性別：	* 網路使用習慣自我篩檢量表合計總分：()
* 身分證號：			
* 居住地址：			
* 監護人/法定代理人或聯絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
	居住地址： <input type="checkbox"/> 同個案居住地址		
* 主要照顧者	姓名：	關係：	聯絡電話：
	居住地址： <input type="checkbox"/> 同個案居住地址		
* 個案及法定代理人/個案對轉介網路使用問題衛教訪視意願	<input type="checkbox"/> 知悉且同意 <input type="checkbox"/> 知悉但缺乏轉介意願，惟衡量其他情形，轉知衛政單位關心 <input type="checkbox"/> 未能聯繫個案及法定代理人，惟衡量其他情形，轉知衛政單位關心 → 未知個案狀態，經他人提供資訊個案可能會有的反應_____		
其他與個案相關重要資訊			

轉介機關(構)： _____

轉介人員： _____ 單位主管： _____

電話：

傳真：

轉介日期： 年 月 日

備註：

- 一、 適用對象總分超過 11 分者即可能具有高度網路沉迷傾向，可進一步尋求專業協助，瞭解使用網路之情形與評估相關心理症狀，建議轉介至衛生單位或醫療機構提供專業諮詢或治療。
- 二、 為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「*」為必填。
- 三、 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使用同意書。
- 四、 轉介單請傳真至雲林縣社區心理衛生中心 05-5378251。

網路使用習慣自我篩檢量表

簡介：

本量表可採紙本或網路填答方式進行，主要提供一般大眾自我篩檢使用，以瞭解網路族群的網路使用沈迷傾向。

網路使用習慣自我篩檢量表

填答說明：

下面是一些有關個人使用網路情況的描述，請評估你最近6個月的實際情形是否與句中的描述一致。請依照自己的看法來勾選。由1至4，數字越大，表示句中所述的情形與目前你實際的情形越相像。

實際情況

題號	題目	極不符合	不符合	符合	非常符合
		(1)	(2)	(3)	(4)
1.	想上網而無法上網的時候，我就會感到坐立不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我發現自己上網休閒的時間越來越長	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我習慣減少睡眠時間，以便能有更多時間上網休閒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	上網對我的學業已造成一些不好的影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

計分方式：每題勾選欄框由左至右各別登錄為1, 2, 3, 4分，總分共計16分。

- 本簡易量表切分點適用對象為國小三年級至大學之學生（10歲至25歲）
篩檢切分點：11分或以上（高使用沈迷傾向）。

本量表可供一般大眾自我篩檢使用，惟篩檢切分點僅供參考。

結果說明：

*適用對象總分超過11分者即可能具有高度網路沈迷傾向，建議可進一步尋求專業協助，瞭解使用網路之情形與評估相關心理症狀。一般大眾不適用篩檢切分點，若對於量表結果有疑慮，請洽各縣市心理衛生中心，或諮詢相關醫療門診、心理治療所及心理諮商所。

網路成癮個案轉介同意書 (轉介未成年者請填寫此欄)

茲同意本人子女_____ (姓名) 由_____ (單位或學校) 提供資料轉介予_____ 衛生局(所) 或_____ (醫療機構)，俾利提供有關網路成癮問題之諮詢或醫療服務。

立同意書人簽章：_____ (請以正楷書寫)
(監護人/法定代理人)

日期： 年 月 日

網路成癮個案轉介同意書 (轉介成年者請填寫此欄)

茲同意將本人資料由_____ (單位) 提供予_____ 衛生局(所) 或_____ (醫療機構)，俾利提供本人有關網路成癮問題之諮詢或醫療服務。

姓名：_____ (請以正楷書寫) 性別：_____

電話：_____ 年齡：_____

聯絡地址：_____

日期： 年 月 日