

附件二之一（修正後格式）

勒戒處所受觀察、勒戒人基本資料表

姓名				呼號				出生年月日	年 月 日		
身份證字號					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		入所日期	年 月 日		
聯絡人			關係			住址				電話	
前 科 資 料	<input type="checkbox"/> 無任何前科紀錄										
	<input type="checkbox"/> 毒品相關犯罪										
	1. ____年____月____日			罪名：_____			2. ____年____月____日			罪名：_____	
	3. ____年____月____日			罪名：_____			4. ____年____月____日			罪名：_____	
	5. ____年____月____日			罪名：_____			6. ____年____月____日			罪名：_____	
	<input type="checkbox"/> 非毒品相關犯罪										
1. ____年____月____日			罪名：_____			2. ____年____月____日			罪名：_____		
3. ____年____月____日			罪名：_____			4. ____年____月____日			罪名：_____		
5. ____年____月____日			罪名：_____			6. ____年____月____日			罪名：_____		
最近五次移送觀察、勒戒及戒治之時間、種類		1. ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 觀察、勒戒 <input type="checkbox"/> 戒治 2. ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 觀察、勒戒 <input type="checkbox"/> 戒治 3. ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 觀察、勒戒 <input type="checkbox"/> 戒治 4. ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 觀察、勒戒 <input type="checkbox"/> 戒治 5. ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 觀察、勒戒 <input type="checkbox"/> 戒治									
疾病史	1.生理疾病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請簡述）_____										
	2.精神疾病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神分裂病 <input type="checkbox"/> 情緒障礙 <input type="checkbox"/> 精神官能症 <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 其他_____										
毒 品 使 用 史	1-1 入所最後一次使用是為____年____月____日										
	1-2 目前主要濫用的物質（可複選）										
	<input type="checkbox"/> 11 海洛因 <input type="checkbox"/> 12 嗎啡 <input type="checkbox"/> 14 古柯鹼 <input type="checkbox"/> 23 大麻 <input type="checkbox"/> 24 安非他命 <input type="checkbox"/> 25 配西汀 <input type="checkbox"/> 26 潘他唑新（速賜康） <input type="checkbox"/> 27 MDMA（快樂丸） <input type="checkbox"/> 91 FM2 <input type="checkbox"/> 92 安眠藥 <input type="checkbox"/> 93 有機溶劑（含強力膠） <input type="checkbox"/> 99 其他_____（請敘明）										
	1-3 本次使用的主要原因										
	<input type="checkbox"/> 01 親友引誘 <input type="checkbox"/> 02 好奇心 <input type="checkbox"/> 03 找刺激 <input type="checkbox"/> 04 提神 <input type="checkbox"/> 05 療病止痛 <input type="checkbox"/> 06 麻醉自己 <input type="checkbox"/> 07 打發時間 <input type="checkbox"/> 08 毒癮難戒 <input type="checkbox"/> 09 受欺瞞脅迫 <input type="checkbox"/> 10 其他_____（請敘明）										
	1-4 目前主要濫用的物質的使用方式										
	<input type="checkbox"/> 01 加熱後吸發揮性氣體 <input type="checkbox"/> 02 滲入香菸中 <input type="checkbox"/> 03 直接放在口鼻腔內嗅吸 <input type="checkbox"/> 04 塗抹 <input type="checkbox"/> 05 吃／吞 <input type="checkbox"/> 06 注射（ <input type="checkbox"/> 6A 靜脈 <input type="checkbox"/> 6B 動脈 <input type="checkbox"/> 6C 肌肉） 部位：_____（請敘明）										
	2-1 曾經濫用的物質（可複選）										
	<input type="checkbox"/> 11 海洛因 <input type="checkbox"/> 12 嗎啡 <input type="checkbox"/> 14 古柯鹼 <input type="checkbox"/> 23 大麻 <input type="checkbox"/> 24 安非他命 <input type="checkbox"/> 25 配西汀 <input type="checkbox"/> 26 潘他唑新（速賜康） <input type="checkbox"/> 27 MDMA（快樂丸） <input type="checkbox"/> 91 FM2 <input type="checkbox"/> 92 安眠藥										

	<input type="checkbox"/> 93 有機溶劑（含強力膠） <input type="checkbox"/> 99 其他_____（請敘明） 2-2 合計使用期間約____年____月 3-1 初次使用時間____年____月 3-2 初次使用物質 <input type="checkbox"/> 11 海洛因 <input type="checkbox"/> 12 嗎啡 <input type="checkbox"/> 14 古柯鹼 <input type="checkbox"/> 23 大麻 <input type="checkbox"/> 24 安非他命 <input type="checkbox"/> 25 配西汀 <input type="checkbox"/> 26 潘他唑新（速賜康） <input type="checkbox"/> 27 MDMA（快樂丸） <input type="checkbox"/> 91 FM2 <input type="checkbox"/> 92 安眠藥 <input type="checkbox"/> 93 有機溶劑（含強力膠） <input type="checkbox"/> 99 其他_____（請敘明） 3-3 初次使用的主要原因 <input type="checkbox"/> 01 親友引誘 <input type="checkbox"/> 02 好奇心 <input type="checkbox"/> 03 找刺激 <input type="checkbox"/> 04 提神 <input type="checkbox"/> 05 療病止痛 <input type="checkbox"/> 06 麻醉自己 <input type="checkbox"/> 07 打發時間 <input type="checkbox"/> 08 毒癮難戒 <input type="checkbox"/> 09 受欺瞞脅迫 <input type="checkbox"/> 10 其他_____（請敘明）
現 況 評 估	1.尿液毒品反應 1-1 案發時 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性（種類：_____）註：1.毒品種類代碼參照「毒品使用史」欄 1-2 入所時 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性（種類：_____）位。 1-3 勒戒期間 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性（種類：_____）2.未列於上述種類代碼者，請敘明。 1-4 出所前 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性（種類：_____） 2.戒斷症狀： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 有：（ <input type="checkbox"/> 案發時 <input type="checkbox"/> 入所時 <input type="checkbox"/> 勒戒期間）（可複選） <input type="checkbox"/> 無慮不安 <input type="checkbox"/> 打哈欠 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 流淚水 <input type="checkbox"/> 盜汗 <input type="checkbox"/> 起雞皮疙瘩 <input type="checkbox"/> 虛弱無力 <input type="checkbox"/> 手腳顫抖 <input type="checkbox"/> 發冷發熱 <input type="checkbox"/> 胃口改變 <input type="checkbox"/> 肌肉抽筋 <input type="checkbox"/> 噁心／嘔吐 <input type="checkbox"/> 身體捲曲 <input type="checkbox"/> 腹痛或腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 精神狀態異常 <input type="checkbox"/> 其他（請敘明：_____） 3.行為及情緒問題： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（可複選） <input type="checkbox"/> 私（夾）藏違禁品____次 <input type="checkbox"/> 打架（對人身攻擊行為）____次 <input type="checkbox"/> 口角爭吵____次 <input type="checkbox"/> 破壞或毀損公物行為____次 <input type="checkbox"/> 自殺或自傷行為____次 <input type="checkbox"/> 恐嚇或威脅工作人員____次 <input type="checkbox"/> 拒食、拒藥或拒絕醫療行為____次 <input type="checkbox"/> 辱罵工作人員____次 <input type="checkbox"/> 高聲喧嘩或吵鬧____次 <input type="checkbox"/> 違抗管教____次 <input type="checkbox"/> 其他違規____次 <input type="checkbox"/> 無躁不安： <input type="checkbox"/> 無／ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 情緒低落： <input type="checkbox"/> 無／ <input type="checkbox"/> 有
社 會 功 能	1.就學：最高學歷_____ <input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 目前就讀中 <input type="checkbox"/> 經常曠課 <input type="checkbox"/> 肄業 2.最近半年之工作適應： <input type="checkbox"/> 目前有工作（工作場所_____/工作性質_____） <input type="checkbox"/> 規則上班 <input type="checkbox"/> 不規則上班（ <input type="checkbox"/> 上班日數大於或等於二個月 <input type="checkbox"/> 上班日數小於二個月） <input type="checkbox"/> 失業或無業（持續時間____年____月） 3.家管：持續時間____年____月，功能 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
支 持 系 統	1.家屬或同住者有無其他吸毒者 <input type="checkbox"/> 00 無 有（可複選 <input type="checkbox"/> 11 父母 <input type="checkbox"/> 12 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 13 配偶 <input type="checkbox"/> 14 朋友 <input type="checkbox"/> 19 其他） 2-1 家人同住者，與家之人關係 <input type="checkbox"/> 00 良好 不良（ <input type="checkbox"/> 11 時有衝突 <input type="checkbox"/> 12 疏離） 2-2 與家人同住者，未與家人聯絡時間____年____月（未滿一月，以一月計算） 3.本人之婚姻狀況 已婚 婚姻關係： <input type="checkbox"/> 01 良好 不良（ <input type="checkbox"/> 02 時有衝突 <input type="checkbox"/> 03 疏離 <input type="checkbox"/> 09 其他）

☐04 未婚 ☐05 離婚 ☐06 喪偶 ☐07 同居 08 分居

4-1 父母有無婚姻關係（非婚生關係）☐01 有 ☐00 無（「無」者免填 4-2）

4-2 父母之婚姻關係

☐ 00 良好 不良（☐01 分居____年 ☐02 離婚____年 ☐03 其他）

4-3 父母一方或雙方長期缺席

☐ 00 否 是（☐01 父母之一去世 ☐02 父母雙亡 ☐03 父母之一行蹤不明

☐04 父母雙方行蹤不明 ☐09 其他）

5. 家族表（請將最近六個月同住者圈起）

* 男劃☐、女劃☐、本人劃☒或☒ * 家庭成員中曾有用藥者，劃☐或☐

* 婚姻狀態：離婚劃「x」，分居劃「／」，同居劃「---」