

# 飲酒問題個案轉介單

聯絡電話:03-6567138 衛生局心理衛生中心

傳真電話:03-6567139

* 個案來源	<input type="checkbox"/> 家庭暴力加害人 <input type="checkbox"/> 道安講習之酒駕個案 <input type="checkbox"/> 高風險家庭個案 <input type="checkbox"/> 酒駕緩起訴個案 <input type="checkbox"/> 兒少保護個案之家庭成員 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
* 姓名：	* 年齡：	* 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	* 酒精使用疾患確認檢測合計總分：
* 居住地址：			* 聯絡電話：
密切保持聯絡之親友或緊急連絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
	居住地址： <input type="checkbox"/> 同個案居住地址		
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、酒精使用疾患確認檢測(AUDIT)之合計總分，男性大於或等於8分，女性大於或等於4~6分，則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。

## 自填式華人飲酒問題篩檢問卷(C-CAGE Questionnaire)

一、你曾經不想喝太多，後來卻無法控制而喝酒過量嗎？

是 否

二、家人或朋友為你好而勸你少喝一點酒嗎？

是 否

三、對於喝酒這件事，你會覺得不好或感到愧疚嗎？

是 否

四、你曾經早上一起床尚未進食之前，就要喝一杯才覺得比較舒服穩定？

是 否

● 若以上四個問題，有一題為「是」，請接續酒精使用疾患確認檢測(Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)

## 酒精使用疾患確認檢測(Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT)

下列問題是詢問您過去一年來使用酒精性飲料的情形

一、你多久喝一次酒？

(0)從未  (1)每月少於一次  (2)每月二到四次  (3)每週二到三次  (4)一週超過四次

二、在一般喝酒的日子，你一天可以喝多少酒精單位？

(0)1 或 2  (1)3 或 4  (2)5 或 6  (3)7 到 9  (4)高過 10

以下為參考用—每瓶酒之酒精單位數(單位/瓶)

罐裝啤酒：1	瓶裝啤酒：2.3	保力達、維士比(600cc)：4
紹興酒：8	米酒：11	高粱酒(300cc)：14.5
陳年紹興酒：9	參茸酒(300cc)：7.5	葡萄酒、紅酒：4.2
米酒頭：17.5	威士忌、白蘭地(600cc)：20.5	

三、多久會有一次喝超過 6 單位的酒？

(0)從未  (1)每月少於一次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

四、過去一年中，你發現一旦開始喝酒後便會一直想要繼續喝下去的情形有多常見？

(0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

五、過去一年中，因為喝酒而無法做好你平常該做的事的情形有多常見？

(0)從未  (1)每月少於 1 次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

六、過去一年中，經過一段時間的大量飲酒後，早上需要喝一杯才會覺得舒服

的情形有多常見？

(0)從未  (1)每月少於1次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

七、過去一年中，在酒後覺得愧疚或自責不該這樣喝的情形有多常見？

(0)從未  (1)每月少於1次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

八、過去一年中，酒後忘記前一晚發生事情的情形有多常見？

(0)從未  (1)每月少於1次  (2)每月  (3)每週  (4)幾乎每天

九、是否曾經有其他人或是你自己因為你的喝酒而受傷過？

(0)無  (2)有，但不是在過去一年  (4)有，在過去一年中

十、是否曾經有親友、醫生、或其他醫療人員關心你喝酒的問題，或是建議你少喝點？

(0)無  (2)有，但不是在過去一年  (4)有，在過去一年中

### ● 合計總分：

● 計分方式：每個選項前面的括弧內有一個數字，將選擇的項目數字加總起來，即為酒精使用疾患確認檢測的得分。

● 男性總分 $\geq 8$ 分，女性 $\geq 4\sim 6$ 分，代表飲酒情形已經至少達到問題性飲酒的程度，若您有需要酒癮相關問題諮詢或想進一步了解自己飲酒的問題，請填寫下列同意書。

---

## 個人資料使用同意書

同意將本人資料由\_\_\_\_\_ (單位) 提供予\_\_\_\_\_ 衛生局或  
\_\_\_\_\_ (醫療機構)，俾利提供本人有關飲酒問題之諮詢或醫療服  
務。

姓名：\_\_\_\_\_ (請以正楷書寫) 性別： 男

女

電話：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

聯絡地址：

---

日期： 年 月 日