**臺南市政府教育局轄屬學校111年○○月藥物濫用春暉個案輔導追蹤管控表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案學校 | 校安通報序號 | 個案姓名 | 濫用原因(背景) | 成案會議日期 | 結案會議日期 | 本月輔導狀況 | 本月是否每週更新教育部藥物濫用學生個案輔導追蹤管理系統個案輔導紀錄 | 輔導中斷原因 | 轉介(銜)單位 | 未能於三個月完成輔導原因 |
| ○○國中 | 1234567 | 林○德 | 疑似食用毒咖啡包 | 111.oo.oo | 尚未召開 | 本月共4次尿篩檢測皆為陰性，目前個案輔導狀況良好。 | 有 | 無 | 無 | 已輔導**○**個月，目前持續輔導中。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

承辦人員： 主任： 校長：