

## 教育部學生輔導諮商中心嘉義區駐點

## 【個案轉介單】

輔 諮 中 心 填 寫							
評估醫師		評估日期	年 月 日	評估之後續建議： <input type="checkbox"/> 心理諮詢 <input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 家庭諮詢 <input type="checkbox"/> 門診治療 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 其他			
接案 心理師		派案日期	年 月 日	晤談日期：			
轉 介 學 校 填 寫							
姓名		性別		出生年月	年 月	轉介日期	年 月 日
學校		科別年級		輔導教師		校方聯絡電話	
家長姓名		與個案關係		家長聯絡電話		是否為 初次轉介	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，第__次
請勾選個案目前最主要問題類型勾選：(可複選 1~3 項)							
<input type="checkbox"/> 1.家庭關係困擾 <input type="checkbox"/> 2.人際關係困擾 <input type="checkbox"/> 3.學習適應困擾 <input type="checkbox"/> 4.情感/性別困擾 <input type="checkbox"/> 5.情緒問題困擾 <input type="checkbox"/> 6.疑似心理疾病(請說明心理疾病名稱： <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 7.內隱的情緒困擾(請說明： <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 8.外顯的偏差行為(請說明： <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 9.其他(請說明： <input type="text"/> )							
一、個案主要困擾問題綜合描述(含個案來源及行為概述)							
二、個案個性、人格特質描述							
三、家庭概況描述							
四、學校生活、成績概況							
五、學校曾做過的輔導與處遇(包括轉介單位、主責人員、聯絡方式及其時間、結果)							
六、其他：相關就醫紀錄或輔導老師擬與醫師或心理師溝通事項							
轉介人				單位主管			