

## 教育部學生輔導諮商中心嘉義區駐點

## 【個案轉介單】

11209修改

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 專輔人員		派案日期	年 月 日	會談諮商/介入處遇日期：			
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)							
__1.家庭關係困擾 __2.人際關係困擾 __3.學習適應困擾 ___4.情感/性別困擾							
__5.情緒問題困擾 __6.疑似心理疾病(請說明心理疾病名稱： )							
__7.內隱的情緒困擾(請說明： )							
__8.外顯的偏差行為(請說明： )							
__9.其他(請說明： )							
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							

次數	日期	對象	輔導與處遇內容簡述
第一次			
第二次			
第三次			
第四次			
第五次			
六、其他：相關就醫紀錄或輔導老師擬與醫師或專輔人員溝通事項			
轉介人		單位主管	