附件 2

教育部學生輔導諮商中心嘉義區駐點

【個案轉介單】

11510 修改

輔　諮　中　心　填　寫				
開案評估人員		開案評估日期	年　月　日	開案評估結果：□開案 □不開案 其他建議：_____
評估醫師		評估日期	年　月　日	醫師評估之後續建議：　□心理諮詢 □藥物治療 □家庭諮詢 □門診治療 □住院治療 □其他：_____。
接案專輔人員		派案日期	年　月　日	

轉　介　學　校　填　寫							
姓　名		性　別		出生日期	年 月 日	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	□是 □否，第__次

請勾選個案目前最主要問題類型：(可複選，至多 3 項)

□**1.** 人際困擾 □**2.** 師生關係 □**3.** 家庭困擾 □**4.** 自我探索 □**5.** 情緒困擾 □**6.** 生活壓力

□**7.** 創傷反應 □**8.** 自我傷害 □**9.** 性別議題 □**10.** 脆弱家庭 □**11.** 兒少保護議題 □**12.**學習困擾

□**13.**生涯輔導 □**14.**偏差行為 □**15.**網路沉迷 □**16.**中離(輟)拒學 □**17.**藥物濫用 □**18.**精神疾患

□**19.**其他問題(請註明_____)

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

(一)□依學生輔導法第六條「高級中等以下學校遇有緊急個案，經學校會同學生輔導諮商中心召開專案或個案會議評估確有必要後，得轉介處遇性輔導」(請檢附個案會議資料)

(二)□二級輔導與處遇(請填下表)

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	

★說明：

1.填寫個案轉介單（附件 2)、專業服務同意書（附件 3)。

2.將附件 2 及附件 3 傳真至教育部輔諮中心嘉義區駐點，傳真電話：【05-2254683】或將檔案掃描並加密後，寄至本單位電子信箱【counselingcenter@email.cygsh.tw】。

3.請主動來電聯繫確認。