

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： ☐ 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	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	☐ 是 ☐ 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	
-----	--	------	--