附件2

**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 | □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（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 |  |