

金門縣社區心理衛生中心

心理諮商/諮詢個案轉介單

附件 1

轉介單位					
個案姓名	身分證字號		出生年月日	民國 年 月 日	
職業類別			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
居住地址			行動電話		
聯絡人		關係		行動電話	
多元照顧議題	<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 精神照護個案 <input type="checkbox"/> 兒少被害人 <input type="checkbox"/> 脆弱家庭 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 毒品危害防制中心列管 <input type="checkbox"/> 醫療機構替代治療 <input type="checkbox"/> 教育部校安通報 <input type="checkbox"/> 長照服務 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
轉介服務	<input type="checkbox"/> 個別心理諮商服務 <input type="checkbox"/> 個別心理諮詢服務				
服務議題	<input type="checkbox"/> 自我概念 <input type="checkbox"/> 情緒與壓力調適 <input type="checkbox"/> 家庭成員關係 <input type="checkbox"/> 親密關係與伴侶關係 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 創傷悲傷輔導 <input type="checkbox"/> 職場議題 <input type="checkbox"/> 學校適應 <input type="checkbox"/> 精神醫療 <input type="checkbox"/> 生涯議題 <input type="checkbox"/> 性與性別議題 <input type="checkbox"/> 急、慢性化疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
主述問題					
家庭背景					
轉介人			轉介人電話及電子信箱		
轉介日期			轉介單位主管簽章		

請貴單位填妥以下資料，於一週內以 Mail 傳送至本中心，並於上班時間致電(082)337885 我們將再與您聯絡，告知受理情形。

轉介回覆單

個案姓名：_____
受理情形： <input type="checkbox"/> 提供服務： _____
<input type="checkbox"/> 無法提供服務： _____
接案者：_____日期：_____/_____/_____
中心督導：_____
單位主管：_____