

# 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		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		
轉介議題	<input type="checkbox"/> 自我概念 <input type="checkbox"/> 情緒壓力 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 家庭議題 <input type="checkbox"/> 生涯困擾 <input type="checkbox"/> 課業壓力 <input type="checkbox"/> 婚姻關係 <input type="checkbox"/> 情感關係 <input type="checkbox"/> 工作壓力 <input type="checkbox"/> 身體疾病 <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		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 [k65746574@mail.kinmen.gov.tw](mailto:k65746574@mail.kinmen.gov.tw)，  
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：_____