

金門縣社區心理衛生中心
心理諮商/諮詢個案轉介單

附件 3

轉介單位			
個案姓名		出生年月日	民國 年 月 日
身分證字號		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
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/ 承辦人		轉介人電話及 電子信箱	
轉介日期		單位主管	

以下資料請完整填寫，並請於一週內以 Mail 告知本中心，我們將再與您聯絡，告知受理情形。
 本中心地址：金門縣金湖鎮中正路 1-1 號 5 樓 電話：(082)337885 傳真：(082)335692
 承辦人：許心虹 電子郵件：k65746574@mail.kinmen.gov.tw

轉介回覆單

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