**教育部國教署學生輔導諮商中心**

附件2

**新竹區駐點服務學校**

111.7.25修訂

**【個案轉介單】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**(班級座號)** | | |  | | 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 |
| 學生身分 | □無障礙類別 □障礙類別： | | | | | | | | | | | | | |
| 請勾選欲申請項目：(可複選)  □醫師諮詢服務(經評估後，視個案狀況轉介相關資源)，預約諮詢日期及時間：  □心理諮商服務(以下任一條件之一)  ○1.經校內輔導教師與個案執行介入性輔導5次以上，仍無法有效改善困擾之學生。  ○2.校園危機事件等特殊情況。  ○3.經醫師診斷有精神官能症，醫師建議學校持續追蹤輔導並轉介心理師提供相關服務。(請附上醫師診斷證明，並註明醫囑) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：） | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 個案主要困擾問題綜合描述(含個案來源及行為概述) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 個案個性、人格特質描述 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 家庭概況描述 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 學校生活、成績概況 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 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） | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 其他：輔導老師擬與醫師或專輔人員溝通事項(**包括期待開始晤談時間及固定晤談時段**) | | | | | | | | | | | | | | |
| 七、過去相關就醫紀錄  □有，評估醫師： 評估日期：  1.檢附診斷證明如附  2.評估之後續建議：□請學校持續提供輔導 □轉介心理師提供諮詢、輔導、諮商  □請家長協助孩子接受藥物治療、家庭諮詢、門診治療或住院治療等  □無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介人 | | |  | | | | | 單位主管 | | | |  | | |
| 輔　　諮　　中　　心　　填　　寫 | | | | | | | | | | | | | | |
| 接案  專輔人員 |  | | | 派案  日期 | | 年 月 日 | | | 備註： | | | | | |