**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： |