

嘉義區中等學校心理衛生諮詢服務中心個案轉介單 (A)

諮詢服務中心編號：

學校名稱：

轉介日期：

個案姓名：

性別：☐男 ☐女

出生日期：

科別年級：

住址：

家長姓名：

與個案關係：

聯絡電話：

下列請輔導教師描述：

1. 家庭因素：

2. 人格特質：

3. 誘發原因：

4. 個案之發現與初步瞭解：

★本表請於預約時電傳。傳真：05-2165420

輔導教師簽名：

聯絡電話：

傳真：

接案日：

醫師處置情況：

☐心理諮詢 ☐藥物治療 ☐家庭諮詢 ☐門診治療 ☐住院治療
☐其它

接案醫師簽名：

聯絡電話：

填寫日期：