

教育部學生輔導諮商中心彰化區駐點服務學校

個案轉介申請表

申請日期： 年 月 日

案號：

(案號由本中心填寫)

轉介學校		性別	<input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女 <input type="checkbox"/> 其他	身分證 統一編號 <small>(或居留證、護照號碼)</small>	
個案姓名		科別		年級	
個案身分	請以「■」表示；學生身分依特殊教育法第3條規定，且取得鑑定證明者作界定。				
	<input type="checkbox"/> 0. 以下皆非 <input type="checkbox"/> 1. 智能障礙 <input type="checkbox"/> 2. 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 3. 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 4. 語言障礙	<input type="checkbox"/> 5. 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 6. 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 7. 身體病弱 <input type="checkbox"/> 8. 情緒行為障礙 <input type="checkbox"/> 9. 學習障礙	<input type="checkbox"/> 10. 多重障礙 <input type="checkbox"/> 11. 自閉症 <input type="checkbox"/> 12. 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 13. 其他障礙		
家長姓名		聯絡電話	(宅) (手機)	關係	
住址				生日	/ /
輔導教師		聯絡資訊	(公) (手機) (電郵)		
繳交文件 (請於 <input type="checkbox"/> 內勾選)		<input type="checkbox"/> 心理專業服務同意書 <input type="checkbox"/> 醫囑照會單(無則免附) <input type="checkbox"/> 醫師診斷書(無則免附) <input type="checkbox"/> 其他：_____			
※除危機案件外皆須一併繳交，以便完成轉介流程。					
※是否為初次轉介？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，第__次轉介。					
問題類型	主要問題請以「■」表示；若有其他次要問題請皆以「★」表示(一個主要三個次要問題)				
	<input type="checkbox"/> 1. 人際困擾 <input type="checkbox"/> 2. 師生關係 <input type="checkbox"/> 3. 家庭困擾 <input type="checkbox"/> 4. 自我探索 <input type="checkbox"/> 5. 情緒困擾	<input type="checkbox"/> 6. 生活壓力 <input type="checkbox"/> 7. 創傷反應 <input type="checkbox"/> 8. 自我傷害 <input type="checkbox"/> 9. 性別議題 <input type="checkbox"/> 10. 脆弱家庭	<input type="checkbox"/> 11. 兒少保護議題 <input type="checkbox"/> 12. 學習困擾 <input type="checkbox"/> 13. 生涯輔導 <input type="checkbox"/> 14. 偏差行為 <input type="checkbox"/> 15. 網路沉迷	<input type="checkbox"/> 16. 中離(輟)拒學 <input type="checkbox"/> 17. 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 18. 精神疾患 <input type="checkbox"/> 19. 其他：_____	
問題概述	※個案主要困擾問題綜合描述(人格特質描述、學校生活、人際狀況等)				
家庭背景	1. 家庭氣氛概要描述 2. 家庭圖(請簡要繪製)				

學校曾介入之處遇	1. 已進行通報 <input type="checkbox"/> 社政通報 <input type="checkbox"/> 校安通報 <input type="checkbox"/> 其他_____		
目前其他資源介入	<input type="checkbox"/> 曾接受本中心心理諮商服務： 心理師：_____（ 年 月 ~ 年 月） <input type="checkbox"/> 相關諮商經驗：心理師_____		
諮商期待	<input type="checkbox"/> 醫療單位：_____精神科醫師_____（ 年 月 ~ 年 月） <input type="checkbox"/> 社會局(處)或是其他單位社工： 單位_____聯絡人_____聯絡方式_____		
最近五次介入性輔導紀錄	第一次： 年 月 日 第二次： 年 月 日 第三次： 年 月 日 第四次： 年 月 日 第五次： 年 月 日		
輔導教師核章		單位主管核章	
備註： 1. 個案轉介必須檢附 個案轉介申請表電子檔 、 心理專業服務同意書掃描檔 ，請寄至 scc@chsh.chc.edu.tw，並致電 04-7222121 #35203 向個案管理員確認。 2. 如遇有緊急個案可來電諮詢本中心，由轉介學校召開專案會議，經評估確有必要後，將立即安排處遇性輔導。			