

教育部學生輔導諮商中心-雲林區駐點服務學校
心理衛生諮詢(精神科醫師)轉介表

諮詢日期： 年 月 日 星期__ 時間__ :__

案號：

個案姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	身份證號碼 (或居留證、護照號碼)	
住址				生日	/ /
家長姓名		聯絡電話		與個案之關係	
學校名稱		科別		年級	
輔導教師		聯絡電話			

※是否有精神醫療就診經驗?

☐否

☐是, 於 年 月 ~ 年 月 期間, 在_____就診, 診斷評估:_____

問題概述	
學校處遇	
目前其他資源介入	☐ 心理諮商: 心理師_____ ☐ 醫療單位: _____精神科醫師_____ ☐ 社會局(處)或是其他單位社工: 單位_____聯絡人_____聯絡方式_____
輔導教師核章	單位主管核章

備註：

填妥傳真至本中心(05-5334059), 或寄至:yunlinhighschool@gmail.com, 並致電(05)5336938、5322147#530、161向中心心理師或助理確認, 以完成轉介程序。