

**教育部學生輔導諮商中心-雲林區駐點服務學校
醫囑照會回覆單**

醫師您好:

學生_____於日前在_____學校輔導室的轉介下, 提出心理諮商申請, 將由聘用之心理師執行, 目前已取得學生及其家長之同意(請見下表第一部份), 為符合相關醫療法規規定(說明1), 煩請您撥空填寫下表第二部份【醫囑照會】, 若有任何問題, 都歡迎您再與我們聯繫, 謝謝您的協助。

敬祝 順心平安

_____學校輔導室及
輔導中心雲林區駐點服務學校敬上

輔導室聯絡人/聯絡電話: _____ / _____

輔導中心聯絡方式: 05-5336938(專線)、05-5322147#530、160、161

說明: 依據心理師法第14條第五款, 諮商心理師執行精神官能症之心理諮商與心理治療, 應依據醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。第16條, 心理師執行業務發現個案當事人疑似罹患精神官能症、精神病或腦部心智功能不全疾病時, 應予轉診。

回執聯

學生基本資料					
學生姓名		性別		出生日期	
聯絡方式				身份證統一編號 (或居留證、護照號碼)	
居住地址					
本人_____同意於_____醫院/診所_____科的就診相關資料提供給教育部學生輔導諮商中心-雲林區駐點服務學校作為轉介諮商服務之用, 讓學校輔導室和醫院專業系統共同合作, 以提供學生更完善和整合的心理治療服務。					
立書日期: 年 月 日					
家長簽章: _____					
醫囑照會					
※您是否建議學生於學校接受心理諮商服務?					
☐ 建議 ☐ 不建議(如勾選建議請接續填寫下方問題)					
※給諮商心理師的意見與建議					
醫師核章: _____年____月____日					