

個案轉介單

*轉介單由輔導教師或社福人員填寫

轉介單位	單位名稱：			填表人：		
	電話：	分機：		電子郵件：		
	手機：			連絡地址：		
	傳真：					
個案基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡電話	(H) (手機)
	出生日期		連絡地址			
	就讀學校		年級		科別	
	聯絡人或 主要照顧者		主要照顧者 國籍	<input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 其他 _____	與案主關係	
	個人、社會及 環境變項	<input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 外配家庭 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 家庭失能 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 機構教養(機構名稱：_____) <input type="checkbox"/> 主要照顧者低教育水平 <input type="checkbox"/> 主要照顧者有潛在心理健康問題 <input type="checkbox"/> 暴露在兩個或以上的負面生活事件之下 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	福利類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收_____款 <input type="checkbox"/> 身心障礙補助 <input type="checkbox"/> 社福機構補助 _____ <input type="checkbox"/> 其他慈善單位補助 <input type="checkbox"/> 其他 _____		障礙類別	<input type="checkbox"/> 尚未確診 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 (障別/程度 _____) <input type="checkbox"/> 重大傷病卡	
	ICF 鑑定類別 與等級		ICD 診斷		手冊(證明) 有效期限	
	特教資源 介入現況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 資源班 <input type="checkbox"/> 特教班 <input type="checkbox"/> 巡迴輔導 _____ <input type="checkbox"/> 社會局 <input type="checkbox"/> 醫療院所復健 (<input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 感覺統合) <input type="checkbox"/> 其他(_____) <input type="checkbox"/> 社福機構協助(_____)				

個案摘要(個案及家庭概況簡述)	<p>一、請簡述個案目前現況</p> <p>二、請詳述案家背景、同住家庭成員及主要經濟來源狀況</p>			
轉介目的	<p><input type="checkbox"/>學校生活或就學適應 <input type="checkbox"/>人際互動及關係建立 <input type="checkbox"/>疾病症狀(行為、動作、言語、服藥)</p> <p><input type="checkbox"/>醫療資源轉介 <input type="checkbox"/>心理諮商輔導 <input type="checkbox"/>行為治療 <input type="checkbox"/>家庭關係輔導</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請具體陳述): _____</p>			
主管/督導	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; height: 30px;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">社工/承辦人</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table>		社工/承辦人	
	社工/承辦人			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">轉介日期</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table>	轉介日期	年 月 日	
轉介日期	年 月 日			

-----個案轉介回覆聯-----

<p>※國立成功大學醫學院附設醫院 精神部 地址：704 台南市北區勝利路 138 號 TEL：0965-152995 歐冠伶個管師；0965-152876 王韋婷小姐；FAX：(06)275-9259 E-mail：nukupsyplan@gmail.com ※本院將於收到轉介表後一週內盡快給予回覆。</p>	
回覆情況	<p>1. 本單位已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日收到轉介資料。</p> <p>2. 處理情形：</p> <p><input type="checkbox"/>開案處理，主責個管師為：_____ 連絡電話：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>轉介其他單位，受理轉介單位：</p> <p><input type="checkbox"/>未開案，但提供相關社福醫療資源或資訊。</p> <p><input type="checkbox"/>無須提供服務，原因：</p> <p><input type="checkbox"/>其他 _____</p>