

115-116 年度高雄市政府衛生局個案諮商服務聯繫表

| | | |
|-------------|---|--|
| 轉介單位 | 高雄市政府衛生局社區心衛中心 <input type="checkbox"/> 心理健康促進股 <input type="checkbox"/> 成癮防治股 <input type="checkbox"/> 精神衛生股 <input type="checkbox"/> 本局自殺通報個案關懷訪視業務委外(凱旋醫院) <input type="checkbox"/> 本局社區心理衛生中心(<input type="checkbox"/> 苓雅 <input type="checkbox"/> 鳳山 <input type="checkbox"/> 岡山 <input type="checkbox"/> 林園 <input type="checkbox"/> 杉林 <input type="checkbox"/> 鹽埕 <input type="checkbox"/> 楠梓 <input type="checkbox"/> 其他) | <input type="checkbox"/> _____ 區衛生所 <input type="checkbox"/> _____ 醫院 <input type="checkbox"/> _____ 助產師/士公會 |
|-------------|---|--|

諮商個案基本資料

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------|--|-----------|--|
| 姓名 | | 身分證字號 | | 年齡 | |
| 族群 | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 其他(請說 _____) | | | | |
| 轉介個案類型 | <input type="checkbox"/> 自殺高風險 <input type="checkbox"/> 自殺個案家屬 <input type="checkbox"/> 自殺遺族 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患主要照顧者 <input type="checkbox"/> 災難受害者 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲孕產婦 <input type="checkbox"/> 受疫情影響出現心理服務需求者 | | | | |
| 轉介個案通報來源 (最初通報來源) | <input type="checkbox"/> 社會局(處)通報 <input type="checkbox"/> 教育機關通報 <input type="checkbox"/> 勞工機關通報 <input type="checkbox"/> 其他機關通報 _____ | | | | |

聯絡電話： 本人 非本人 關係：_____ **生理性別** _____

聯絡地址： _____

可諮商服務時間： (勾選)

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 |
| 早上 | | | | | | |
| 下午 | | | | | | |
| 晚上 | | | | | | |

備註：1. 各衛生所及社區心理衛生中心各據點可諮商時間為週一到週五 8：30 至 17：30。
 2. 個案是否可於一週內初談：是/否(若個案無法一週內進行初談，請個案延後轉介時間，避免影響開案率)

可諮商地點(諮商所、衛生所或到宅)： (勾選)

繪心庭心理諮商所 鳳山一區 鳳山二區 三民一區 三民二區 苓雅區 前鎮區 鼓山區
 旗津區 小港區 楠梓區 左營區 新興區 仁武區 大社區 岡山區 燕巢區 阿蓮區
 路竹區 永安區 田寮區 湖內區 茄萣區 梓官區 彌陀區 橋頭區 大樹區 鳥松區
 大寮區 林園區 內門區 美濃區 杉林區 旗山區 六龜區 甲仙區 茂林區 桃源區
 那瑪夏區 社團法人高雄市生命線協會 在宅心理諮商服務(限未滿 20 歲孕產婦)

社區心理衛生中心各據點：

苓雅區 鳳山區 岡山區(路竹區) 林園區 杉林區 鹽埕區 楠梓區

轉介資訊

※本個案：_____年____月____日經_____ (個案姓名) 先生/小姐同意由負責區域之委辦機構聯繫安排諮商服務時間與地點。

※主述原因 (請轉介單位詳細述明案主狀況及欲談之議題)：

近 1 個月曾做下列系統通報 無 自殺高風險 家、性暴 高風險家庭 其他 _____

特殊狀況交班：

| | | | | |
|---------------------|--|----------------------|--------------------|--|
| 轉介人員 (職章) | | 督導/組長 (職章) | 電話/傳真 | |
| | | | E-mail (必填) | |

轉介回覆單(由諮商所填寫)

是否安排初談：是，預約初談時間：____月____日____時____分
否，請說明：

接案心理師：_____ 聯繫電話：_____

承辦人員簽名：_____ 日期：____年____月____日

1. 填妥資料後請寄至：社區心衛中心轉介心理諮商信箱：1925blessyou@gmail.com 聯絡電話：07-7134000#5703 傳真：07-7243588 承辦人林先生
2. 諮商負責機構:繪心庭心理諮商所 聯絡人：李麗茹 電話：07-5530101/0978570101
3. 若為個案親屬，請務必註明個案姓名，如：王小美(郭大名之妻)，以便查詢是否符合收案標準。