

藥癮者家庭心理諮商輔導轉介單

113.05.02 修訂

個案 管理師	電話	07-211-1311 分機	傳真	07-2152030	轉介 日期		
基本資料							
姓 名	身分證字號		出生年 月 日				
性 別	<input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女 <input type="checkbox"/> 雙性人 <input type="checkbox"/> 跨性別 <input type="checkbox"/> 其他(請說明: _____)		性傾向	<input type="checkbox"/> 同性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀			
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重, 障礙類別: _____						
族 群	<input type="checkbox"/> 一般身分 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 外籍移工 <input type="checkbox"/> 其他(請說明: _____)		轉介個案	<input type="checkbox"/> 個案本人 <input type="checkbox"/> 家屬(個案姓名 _____ 關係 _____)			
聯絡地址				聯絡電話			
緊急聯絡 人	關 係		聯絡電話				
個案/家屬 諮商時間	勾選						
	星期	一	二	三	四	五	六
	時間						
	早上						
下午							
晚上							
個案/家屬 諮商轄區 (可複選)	<input type="checkbox"/> 小港 <input type="checkbox"/> 前鎮 <input type="checkbox"/> 苓雅 <input type="checkbox"/> 前金 <input type="checkbox"/> 新興 <input type="checkbox"/> 鹽埕 <input type="checkbox"/> 鼓山 <input type="checkbox"/> 旗津 <input type="checkbox"/> 三民 <input type="checkbox"/> 左營 <input type="checkbox"/> 楠梓 <input type="checkbox"/> 橋頭 <input type="checkbox"/> 岡山 <input type="checkbox"/> 燕巢 <input type="checkbox"/> 路竹 <input type="checkbox"/> 永安 <input type="checkbox"/> 田寮 <input type="checkbox"/> 湖內 <input type="checkbox"/> 茄萣 <input type="checkbox"/> 阿蓮 <input type="checkbox"/> 彌陀 <input type="checkbox"/> 梓官 <input type="checkbox"/> 鳳山 <input type="checkbox"/> 仁武 <input type="checkbox"/> 大社 <input type="checkbox"/> 大樹 <input type="checkbox"/> 鳥松 <input type="checkbox"/> 大寮 <input type="checkbox"/> 林園 <input type="checkbox"/> 旗山 <input type="checkbox"/> 美濃 <input type="checkbox"/> 內門 <input type="checkbox"/> 甲仙 <input type="checkbox"/> 杉林 <input type="checkbox"/> 茂林 <input type="checkbox"/> 六龜 <input type="checkbox"/> 桃源 <input type="checkbox"/> 那瑪夏						
個案問題 (可複選)	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 感情 <input type="checkbox"/> 人際 <input type="checkbox"/> 職場/工作 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
問題概述							
接案單位							
個管員 核 章	督導 核章	股長 核章		科長 核章			