馬偕醫護管理專科學校 學輔中心 個案轉介回覆單

學生姓名		科 / 級	
學號		性別	
轉介單位 （人員）		轉介單位/人員 聯絡電話	
接案人員		接案日期	____年____月____日
接案人員電話		個案問題類型	

一、受理情形：

□(1)已於____年____月____日處理，如以下說明。

□(2)案主經聯繫後未到本中心,原個案資料已於轉介日期後 30 日內送回原轉介單位。

□(3)其他：

二、介入方式：

□個別諮商會談□家庭諮商 □親職教育/諮詢 □評量/衡鑑□團體諮商或成長工作坊

□其他介入模式：

三、個案問題描述及建議：

1.
2.
3.
4.

四、建議轉介資源：

□特教介入 □社工/社福資源 □精神醫療資源□其他：

五、希望原轉介者提供之協助：

1.
2.
3

接案人員： 輔導員： 督導/主任：

※本單正本留存本中心，影本回覆轉介單位

填表日期： 年 月 日