

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校

學生輔導中心-個案轉介單

中華民國 105 年 3 月 04 日處務會議修正後通過

學生姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	
科級別	_____科____年____班	學號		緊急連絡人	
轉介人員		轉介人員 聯絡電話		轉介日期	
轉介單位					
議題類別	<input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 情感困擾 <input type="checkbox"/> 家庭關係 <input type="checkbox"/> 心理疾患或傾向 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 學習與課業 <input type="checkbox"/> 生涯探索 <input type="checkbox"/> 生活適應 <input type="checkbox"/> 網路沉迷 <input type="checkbox"/> 生理健康 <input type="checkbox"/> 其它：				
※學生可晤談時間：1. ____月____日、____點；2. ____月____日、____點。					
主要問題概述：					
已提供的協助：					
附件：					

備註：轉介後本中心將於兩周內回覆處遇過程及建議事項。

接案人員：_____年____月____日