

澎湖縣政府衛生局社區心理衛生中心
心理諮商個案轉介單

轉介日期： 年 月 日

個案姓名		身分證字號		教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 碩士以上
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分別	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍人士	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 單身/未婚 <input type="checkbox"/> 已婚/同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶
服務單位		職稱		生日	
聯絡電話		聯絡電話 2		手機	
聯絡地址					
緊急聯絡人		聯絡電話		關係	

轉介來源	轉介人		單位/職稱	
	聯絡電話		傳真	
	E-mail			
<input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 社區民眾 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 職場員工協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____				

個案概況	<p>主要壓力源</p> <p> <input type="checkbox"/>人際失落 <input type="checkbox"/>人際關係緊張 <input type="checkbox"/>情緒困擾 <input type="checkbox"/>親密關係 <input type="checkbox"/>家庭關係 <input type="checkbox"/>親子關係 <input type="checkbox"/>師生關係 <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>身體疾病 <input type="checkbox"/>照顧壓力 <input type="checkbox"/>成癮問題 <input type="checkbox"/>家人成癮困擾 <input type="checkbox"/>職場關係 <input type="checkbox"/>工作適應 <input type="checkbox"/>職場壓力 <input type="checkbox"/>轉職困擾 <input type="checkbox"/>非自願無業 <input type="checkbox"/>非自願無薪 <input type="checkbox"/>經濟問題 <input type="checkbox"/>重大創傷事件 <input type="checkbox"/>受暴力 <input type="checkbox"/>性騷擾 <input type="checkbox"/>性侵害 <input type="checkbox"/>司法訴訟 <input type="checkbox"/>其他：_____ </p> <p>簡式健康量表 (BSRS)：請個案圈選最近一個星期(含今天)，對下列各項目造成困擾的輕重程度</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">不會</th> <th style="width: 10%;">輕微</th> <th style="width: 10%;">中等程度</th> <th style="width: 10%;">嚴重</th> <th style="width: 10%;">非常嚴重</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>(2)感覺緊張或不安</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>(3)覺得容易苦惱或動怒</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>(4)感覺憂鬱、心情低落</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>(5)覺得比不上別人</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>★有自殺的想法</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>請填寫檢測結果：(1) - (5) 題總分：_____分，★自殺想法：_____分</p> <p>請向個案進行以下說明並取得同意：</p> <p>由於我關心您的身心健康，且認為您可能有需要透過心理諮商協助您，因此為您轉介心理諮商，協助您轉介至澎湖縣政府衛生局社區心理衛生中心，在您同意下將您的個人資訊、連絡方式，給予社區心理衛生中心，以便進行心理諮商評估與協助。</p> <p>個案經過理解與同意後，請於空格內打勾<input checked="" type="checkbox"/>與簽名：</p> <p><input type="checkbox"/>我已理解告知者說明協助我轉介心理諮商且同意將我個人資訊提供給予社區心理衛生中心</p> <p>個案簽名：_____ 監護人：_____ (個案 18 歲以下時須簽署)</p>		不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重	(1)睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4	(2)感覺緊張或不安	0	1	2	3	4	(3)覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4	(4)感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4	(5)覺得比不上別人	0	1	2	3	4	★有自殺的想法	0	1	2	3	4
	不會	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重																																						
(1)睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4																																						
(2)感覺緊張或不安	0	1	2	3	4																																						
(3)覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4																																						
(4)感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4																																						
(5)覺得比不上別人	0	1	2	3	4																																						
★有自殺的想法	0	1	2	3	4																																						

目前資源運用情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類型：○社會福利 ○法律諮詢 ○醫療衛生 ○教育 ○勞政 <input type="checkbox"/> 其他：_____
----------	---

個人病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 長期慢性病：_____ <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 曾看過身心科，診斷或問題：_____ <input type="checkbox"/> 其他身心困擾：_____
------	--

轉介者評估意見或建議	<input type="checkbox"/> 建議心理諮商(如由身心科、精神科醫師轉介，請醫師評估是否勾選！)
------------	---

下一頁由社區心理衛生中心填寫，轉介單位無需填寫！

心理諮商個案轉介處理回覆單

個案姓名		身分證字號	
受理日期	年 月 日	回覆日期	年 月 日
回覆處理情形	1. 評估結果： <input type="checkbox"/> 提供心理諮商服務 <input type="checkbox"/> 提供關懷服務 <input type="checkbox"/> 無，緣由：_____		
	2. 其他建議處置或補充說明：		
	承辦人員：	單位主管：	

聯絡電話： 06-9272162 分機 123
06-9275932

傳真電話： 06-9269051
06-9267502

E-mail: fp56920@phchb.penghu.gov.tw