

仰 德 高 中 學 生 輔 導 轉 介 單

學生姓名		轉介人	姓名: (公): (分機:) (手機):
班 級		轉介時間	學年度 第 學期 年 月 日(:)
問題類別	<input type="checkbox"/> 學業問題 <input type="checkbox"/> 家庭問題 <input type="checkbox"/> 同儕人際關係 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 感情困擾 <input type="checkbox"/> 師生衝突 <input type="checkbox"/> 行為問題 <input type="checkbox"/> 心理問題 <input type="checkbox"/> 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 自殺意圖 <input type="checkbox"/> 就業問題 <input type="checkbox"/> 其他_____		
轉介主因 (可複選)	<input type="checkbox"/> 輔導沒成效 <input type="checkbox"/> 學生不想談 <input type="checkbox"/> 超出專業能力 <input type="checkbox"/> 尋求更多資源 <input type="checkbox"/> 家長要求 <input type="checkbox"/> 緊急個案 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
學生問題、 家庭、人際 及生活概述			
曾經輔導過 程簡述 (輔導 5 次 後轉介,緊 急個案可直 接轉介)			
★本欄由接案輔導教師填寫★			
處遇情形	<input type="checkbox"/> 接案教師: _____ <input type="checkbox"/> 初次晤談時間: 年 月 日()第 節 <input type="checkbox"/> 處理分類: <input type="checkbox"/> 安排認輔教師 <input type="checkbox"/> 轉介社福單位: _____ <input type="checkbox"/> 轉介醫療單位: _____ <input type="checkbox"/> 實施心理測驗 <input type="checkbox"/> 聯繫家長 <input type="checkbox"/> 繼續追蹤輔導 <input type="checkbox"/> 其他_____		