

## 家庭照顧者心理支持服務中心轉介單（轉入）

轉介日期： 年 月 日

轉介單位							
轉介者		職稱		聯絡電話			
E-mail				傳真			
照顧者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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	
服務單位		職稱		語言		生日	年 月 日
聯絡電話(O)		聯絡電話(H)		手機			
聯絡地址		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 鄉鎮 里村	路街 段 巷	市 市區 鄰 弄 號 樓之		
緊急聯絡人		緊急聯絡人電話			關係		
身心健康狀況		<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.曾經看過精神科，診斷或問題： <input type="checkbox"/> 3.曾有其他身心困擾： <input type="checkbox"/> 4.曾尋求心理諮商之資源：					
被照顧者狀況		<input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 其他_____			失能程度	<input type="checkbox"/> 1.極重度 <input type="checkbox"/> 2.重度 <input type="checkbox"/> 3.中度 <input type="checkbox"/> 4.輕度	
轉介原因						家 系 圖	
轉介者評估意見或建議							

※督導：

-----回覆單-----

回覆日期：

姓名	
回覆欄	受案情形 <input type="checkbox"/> 正式開案，安排後續心理支持服務未受案 <input type="checkbox"/> 未開案  1. 僅需一般福利諮詢，內容為： 2. 需轉介其他直接服務單位提供直接服務： 3. 不符合開案標準 4. 其他：
備註	社工員簽章： _____ 督導簽章： _____

△使用時機：各地家協或其他單位轉介至本中心時使用