

# 臺北市衛生局社區心理衛生中心服務申請單

1120616修正

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

承辦窗口：\_\_\_\_\_

個案來源	<input type="checkbox"/> 網路單位轉介(請填下方轉介單位資料) <input type="checkbox"/> 其他_____				
轉介單位					
轉介者				職稱	
聯絡電話				E-mail	
個案姓名		年齡	歲	教育程度	不識字 小學 國中 高中 大專 碩士 以上
生理性別	<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 <input type="checkbox"/> 單身/未婚 <input type="checkbox"/> 已婚/同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶
生日	年	月	日	身分證字號	
特殊族群	<input type="checkbox"/> 新移民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 長者(>65歲) <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 孕產婦 <input type="checkbox"/> 家暴、性騷、跟騷被害人 <input type="checkbox"/> 受人口販運者 <input type="checkbox"/> 精神疾病(複選) <input type="checkbox"/> 其他_____				
聯絡電話				手機	
聯絡地址	於本市： <input type="checkbox"/> 設籍/居住 <input type="checkbox"/> 就學/就業 市 鄉鎮區 里村 路街 段 巷 鄰 弄 號 樓之				
緊急聯絡人	緊急聯絡人 電話			關係	
個案概況 (主訴問題)	<input type="checkbox"/> 主要壓力源/事件： (可複選): <input type="checkbox"/> 1.心理疾患 <input type="checkbox"/> 2.生理健康 <input type="checkbox"/> 3.成癮困擾 <input type="checkbox"/> 4.情緒困擾 <input type="checkbox"/> 5.生活適應 <input type="checkbox"/> 6.人際關係 <input type="checkbox"/> 7.親子關係 <input type="checkbox"/> 8.家庭關係 <input type="checkbox"/> 9.婚姻關係 <input type="checkbox"/> 10.師生關係 <input type="checkbox"/> 11.婆媳關係 <input type="checkbox"/> 12.情感困擾 <input type="checkbox"/> 13.性別問題 <input type="checkbox"/> 14.性騷擾家暴 <input type="checkbox"/> 15.性侵 <input type="checkbox"/> 16.工作/職場困擾 <input type="checkbox"/> 17.學業困擾 <input type="checkbox"/> 18.其他·			家 系 圖	
個人病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾經看過精神科，診斷或問題： <input type="checkbox"/> 其他身心困擾：				
轉介單位 評估說明 (服務需求)	是否有使用現有資源(請說明)：_____ 評估說明：				