臺北市政府衛生局社區心理衛生中心服務申請單

1140428修訂

承辦窗口：
承辦人：郭心理輔導員
Email：kv5455@gov.taipei
Tel：02-33936779#53

日期：___ 年___ 月___ 日

轉介單位*					
轉介者*		**職稱**			
聯絡電話*		**E-mail***			
個案姓名*					
性　　別*	□男　□女　□其他				
出生年*	**民國　　年**	**聯絡電話***			
個案行政區*	**於本市：□設籍 □居住 □就學 □就業　行政區：_____**				
緊急聯絡人		**緊急聯絡人電話**		**關 係**	
個案主訴問題* (可複選)	□01.心理疾患 □02.生理健康 □03.成癮困擾 □04.情緒困擾 □05.生活適應 □06.人際關係 □07.親子關係 □08.家庭關係 □09.婚姻關係 □10.師生關係 □11.學業困擾 □12.情感困擾 □13.性別議題 □14.家暴 □15.性侵 □16.性騷擾 □17.工作/職場困擾 □18.經濟問題 □19.165專案(詐騙受害) □20.其他：_____				
申請資源*	□ 諮商資源 □ 疑似精神疾病通報 □外展資源 □ 其他：_____				
個案現狀及服務需求	**1.是否有使用現有資源(請說明)：_____** **2.個案現狀與服務需求說明：**				

※備註：

1. ***為必填欄位。**
2. 請轉介單位務必詢問民眾「**是否同意提供個人資訊，由本單位轉介至衛生局心理衛生中心？**」，填畢後以電子郵件傳送衛生局社區心理衛生中心。