

# 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<br>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<br><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<br>市 鄉鎮區 里村 路街 段<br>巷 鄰 弄 號 樓之                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                                            |             |                                                                                                                          |
| 緊急聯絡人                  | 緊急聯絡人<br>電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | 關係                                                         |             |                                                                                                                          |
| 個案概況<br>(主訴問題)         | <input type="checkbox"/> 主要壓力源/事件：_____。<br>(可複選)：<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 13.性別問題 <input type="checkbox"/> 14.性騷擾家暴 <input type="checkbox"/> 15.性侵<br><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<br>系<br>圖 |                                                                                                                          |
| 個人病史                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾經看過精神科，診斷或問題：<br><input type="checkbox"/> 其他身心困擾：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                            |             |                                                                                                                          |
| 轉介單位<br>評估說明<br>(服務需求) | 是否有使用現有資源(請說明)：_____<br>評估說明：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                            |             |                                                                                                                          |