



台中市生命線 個案轉介單

★以下內容皆為保密，請放心填寫★

基本資料	姓名	生日		民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	身分證字號	電話		手機:				健保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	婚姻	教育程度					職業			
	福利身份別	<input type="checkbox"/> 身心障礙別：障別： 程度：								
	地址	市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓之								
	緊急聯絡人		與個案之關係		電話					
主要問題	<input type="checkbox"/> 感情問題 <input type="checkbox"/> 婚姻問題 <input type="checkbox"/> 家庭問題 <input type="checkbox"/> 其它人際關係因素 <input type="checkbox"/> 同儕問題) <input type="checkbox"/> 憂鬱焦慮 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 物質濫用(藥酒癮) <input type="checkbox"/> 成癮(非藥酒癮) <input type="checkbox"/> 身體病痛 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 重大失落事件 <input type="checkbox"/> 債務 <input type="checkbox"/> 經濟困難 <input type="checkbox"/> 職場問題 <input type="checkbox"/> 學業問題 <input type="checkbox"/> 兵役問題 <input type="checkbox"/> 獨居問題 <input type="checkbox"/> 退休問題 <input type="checkbox"/> 生活適應 <input type="checkbox"/> 法律或犯罪 <input type="checkbox"/> 性問題 <input type="checkbox"/> 其它_____									
自殺意念	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		自殺記錄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
問題摘述										
轉介單位：		轉介人員：		單位主管：		電話：		傳真：		
									轉介日期： 年 月 日	

以上本人同意資料提供給台中市生命線與該里存查，並同意台中市生命線主動去電關懷。(同意請打勾✓)

簽名：

日期：

單位：社團法人台中市生命線協會

合作單位：