|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本資料** | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身分證字號  (或居留證、護照號碼) | | |  |
| 學號 |  | | 性別 | | |  |
| 出生日期 |  | | 連絡電話 | | |  |
| 現居地址 |  | | | | | |
| 主訴 |  | | | | | |
| 聯繫窗口 | 主責聯絡人：  聯繫電話： | | | | | |
| **知情同意** | | | | | | |
| 本人 同意於 之就診相關資料提供給**弘光科技大學諮商輔導中心**使用，促進系統合作，以提供更完善的心理健康服務。  (註：當事人未達法定成年，需取得家長同意，始得提供服務) | | | | | | |
|  | | | 家長簽名 | | |  |
|  | | | 當事人簽名 | | |  |
|  | | | 立書日期 | | | 年 月 日 |
| **醫囑照會** | | | | | | |
| 在您的專業評估下，當事人是否適合接受本中心諮商服務？  □否  □是(請接續回答下列問題)  1.接受治療起始日： 年 月 日  2.診斷評估結果：  3.給輔導人員的建議：  4.是否進行心理衡鑑？  □否  □是(請接續回答下列問題)  衡鑑結果： | | | | | | |
| **醫師簽名** | |  | | **日期** | 年 月 日 | |

FM-10540-034

表單修訂日期:111年05月03日

保存期限:十年