|  |
| --- |
| **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