

弘光科技大學諮商輔導中心醫囑照會回覆單

基本資料			
姓名		身分證字號 <small>(或居留證、護照號碼)</small>	
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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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