

少年自立生活轉銜服務

表一 少年自立生活轉銜服務轉介表

<b>基本資料</b>		
姓名：		
出生日期：_____年_____月_____日	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
地址：	聯絡電話：	
居住狀況		
1) <input type="checkbox"/> 雙親家庭 2) <input type="checkbox"/> 單親家庭 3) <input type="checkbox"/> 混合型家庭 4) <input type="checkbox"/> 寄養家庭 5) <input type="checkbox"/> 領養家庭 6) <input type="checkbox"/> 安置機構 7) <input type="checkbox"/> 獨自居住 8) <input type="checkbox"/> 其他類型：_____		
備註：		
主要照顧者	姓名：	關係：
	電話：	地址：
監護人	姓名：	關係：
	電話：	地址：
<b>轉介來源</b>		
轉介機構：	電話：	傳真：
<b>曾留置之單位</b>		
<input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 緊急短期中心 <input type="checkbox"/> 親戚或朋友家	備註：	

<b>個案服務系統整合</b>		
單位	聯絡人姓名	電話
社福社工		
心理諮商師		
學校輔導室		
少事法保護官		
民間青少年服務中心(基金會)		
精神科醫生		
其他單位		
<b>健康資訊</b>		
青少年是否有下列疾病史：		
1) <input type="checkbox"/> 腦部受傷 2) <input type="checkbox"/> 智能低弱 3) <input type="checkbox"/> 氣喘 4) <input type="checkbox"/> 肺結核 5) <input type="checkbox"/> 肝炎 6) <input type="checkbox"/> 愛滋病 7) <input type="checkbox"/> 過敏 8) <input type="checkbox"/> 其他_____		
是否曾經參與過心理診療的相關處遇？1) <input type="checkbox"/> 是，請說明：_____		
2) <input type="checkbox"/> 否		
<b>學歷狀況</b>		
最高學歷：	畢業日期：	學校名稱：

<b>犯罪史</b>
青少年是否有犯罪經驗或曾經被判刑？ 1) <input type="checkbox"/> 是。請說明：_____
2) <input type="checkbox"/> 否。
是否有未清償的債務？ <input type="checkbox"/> 是，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否

<b>背景與挑戰</b>							
請依據你與少年工作的真實經驗，選擇該名少年可能會出現的自立生活轉銜障礙(請打V)							
	診斷 6	非常可能 5	可能 4	不可能 3	非常不可能 2	絕對不可能 1	無意見 0
學習困難							
閱讀或寫字困難							
注意力不足過動症							
焦慮							
沮喪							
易怒或衝動化行為							
肢體攻擊							
言語攻擊							
低自尊							
自殺意念或行為							
過去的虐待創傷							
性衝動或侵入性行為							
自我傷害							
酒精濫用							
藥物成癮							

<b>重要事件備註</b>

<b>個案諮詢及方案評估</b>
------------------

請問您是否願意提供個案額外的背景資料以供我們更清楚瞭解個案的狀況及處遇計畫的影響？

是 否

填寫人：

日期：