

財團法人台中市私立龍眼林社會福利慈善事業基金會  
守護家庭，社區共好服務方案

單位轉介表

109年12月修訂

轉介者	轉介單位			轉介日期	年 月 日
	姓名	職稱		聯絡電話	
				傳真電話	
個案資料	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號			出生年月日	年 月 日
	居住地址			聯絡電話	
	就學狀況	<input type="checkbox"/> 目前就學，就讀學校：_____ 年級班：____年 班 <input type="checkbox"/> 失學 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 其他_____			
身心狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病名稱：_____ <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊：障別_____等級____ <input type="checkbox"/> 重大傷病卡：病名_____				
監護人/ 照顧人	姓名		與個案關係		
	聯絡電話				
	婚姻關係	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 已婚分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚有同居人 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 喪偶有同居人 <input type="checkbox"/> 未婚有同居人 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 再婚			
待協助事項 (可複選)	親職諮詢/教育	<input type="checkbox"/> 家庭互動關係( <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 親代) <input type="checkbox"/> 親職教養( <input type="checkbox"/> 隔代 <input type="checkbox"/> 親代)			
	生活支持	<input type="checkbox"/> 心理/情感支持 <input type="checkbox"/> 物資協助			
	其他	請說明：_____			
個案問題 描述	一、家系圖				
	二、家庭概述及轉介說明				
備註	1. 有無轉介其他單位： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明_____ 2. 家長合作的意願： <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
轉介者核章			單位主管核章		

聯絡電話：(04)2451-1055 傳真：(04)2451-5619