

心理问题学生转介表(学院用)

学院(章): _____ 编号: _____

来访者 基本信息	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄: ____ 学号: _____ 学院/年级/专业: _____ 联系方式: 手机: _____ 邮箱: _____ 紧急联系人姓名: _____ 关系: _____ 电话: _____ 住宿情况: <input type="checkbox"/> 校内宿舍 <input type="checkbox"/> 校外租房 <input type="checkbox"/> 走读 具体地址: _____
转介来源 与原因	转介人: _____ 职务: _____ 联系方式: _____ 转介来源: <input type="checkbox"/> 辅导员 <input type="checkbox"/> 班导师 <input type="checkbox"/> 心理专干 <input type="checkbox"/> 朋辈咨询员 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 核心问题(可多选): <input type="checkbox"/> 情绪问题 <input type="checkbox"/> 人际关系 <input type="checkbox"/> 学业压力 <input type="checkbox"/> 自我认知 <input type="checkbox"/> 创伤事件 <input type="checkbox"/> 行为问题 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 问题描述: _____ 持续时间: <input type="checkbox"/> 1周内 <input type="checkbox"/> 1~4周 <input type="checkbox"/> 1~3个月 <input type="checkbox"/> 3个月以上 既往求助史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有(校内____次/校外____次, 机构名称: _____)
初步评估	风险等级: <input type="checkbox"/> 低风险 <input type="checkbox"/> 中风险 <input type="checkbox"/> 高风险 自伤风险: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有(描述: _____) _____) 伤人风险: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有(描述: _____) 社会功能受损程度: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
转介目标 与建议	转介目标: <input type="checkbox"/> 初步评估 <input type="checkbox"/> 短期咨询 <input type="checkbox"/> 长期咨询 <input type="checkbox"/> 团体辅导 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 转介人建议: _____ 转介人签字: _____ 转介时间: ____年__月__日
心理中心 处理记录	接收人: _____ 接收时间: ____年__月__日 初步评估结果: <input type="checkbox"/> 适合校内咨询 <input type="checkbox"/> 需专项咨询师 <input type="checkbox"/> 建议校外转介 后续安排: <input type="checkbox"/> 首次咨询 <input type="checkbox"/> 首次门诊 时间 ____年__月__日__时__分 咨询师/医生: _____