

精神卫生专业机构转介表(心理中心用)

转介编号: _____ 填表日期: ____年__月__日

学生 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: _____ 家长信息: 姓名 _____ 关系 _____ 联系电话 _____ 家庭住址: _____
校内 评估 结果	评估咨询师: _____ 评估时间: ____年__月__日 主要症状(可多选): <input type="checkbox"/> 抑郁症 <input type="checkbox"/> 焦虑症 <input type="checkbox"/> 双相情感障碍 <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 症状持续时间: _____ 严重程度: <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 社会功能受损: <input type="checkbox"/> 严重受损 <input type="checkbox"/> 部分受损 <input type="checkbox"/> 轻度受损 评估依据: _____
转介 原因	超出校内咨询范围依据(可多选): <input type="checkbox"/> 已确诊精神疾病,需药物治疗 <input type="checkbox"/> 存在严重 自伤/自杀风险,需医疗监护 <input type="checkbox"/> 出现幻觉、妄想等精神病性症状 <input type="checkbox"/> 专业评估建 议转介治疗 既往就医史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有(医院名称: _____) 诊断结果: _____ 用药情况: _____ 治疗时长: ____
转介 建议 与安排	推荐转介机构: _____ 推荐科室: _____ 推荐医生: _____ 联系电话: _____ 转介目标: <input type="checkbox"/> 明确诊断 <input type="checkbox"/> 药物治疗 <input type="checkbox"/> 住院治疗 <input type="checkbox"/> 综合干预 校内协助事项(可多选): <input type="checkbox"/> 联系医院预约 <input type="checkbox"/> 陪同学生就诊 <input type="checkbox"/> 与家长沟通协调 <input type="checkbox"/> 后续跟踪回访 <input type="checkbox"/> 学业调整对接 转介时间计划: ____年__月__日
知情 同意 确认	学生本人同意转介: <input type="checkbox"/> 是(签字: _____ 日期: ____年__月__日) <input type="checkbox"/> 否(原因: _____) 家长同意转介: <input type="checkbox"/> 是(签字: _____ 日期: ____年__月__日) <input type="checkbox"/> 否(原因: _____) 咨询师签字: _____ 心理中心负责人签章: _____ 日期: ____年__月__日
转介后 跟进 记录	就诊日期: ____年__月__日 医院诊断结果: _____ 治疗方案: <input type="checkbox"/> 药物治疗(药物名称: _____) <input type="checkbox"/> 住院治疗 <input type="checkbox"/> 心理治疗 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 校内后续支持: <input type="checkbox"/> 定期回访 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 学业调整 <input type="checkbox"/> 家校沟通 跟进人: _____ 记录时间: ____年__月__日