|  |
| --- |
|  **嘉義縣學校心理衛生諮詢服務 預約申請表**申請日期： 年 月 日 |
| 1. 學生基本資料

姓名： 出生日期： 年 月 日 性別：□男 □女學校： 年級： 轉介教師： 聯絡電話： 家庭狀況：□單親□隔代教養□外配子女□以上皆否 特殊病史：　 　　　　　　　學生家長是否已簽署同意書：□是 □否 |
| 1. 主要問題

□情緒問題 □行為問題 □人際問題 □學習問題 □疑似精神疾病 □其他 * 家庭圖及家庭背景資料：
* 干擾或困擾行為敘述：
 |
| 1. 學校已實施之處遇措施（請申請學校務必填寫）
 |
| 預約諮詢日期： 年 月 日  | 諮詢地點： |