

附件二、未成年懷孕及未成年父母個案服務轉介單

轉 介 單 位	單位名稱				轉介日期		
	轉介人				職稱		
	電話				傳真		
個 案 基 本 資 料	個案姓名			出生年月日		聯絡電話	
	住址						
	預產期或 幼兒出生年月日	預產期：	年	月	日	出生日期：	年 月 日
	問題摘要						
	轉介目的	<input type="checkbox"/> 危機處理 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 法律諮詢 <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 家庭協商 <input type="checkbox"/> 出養 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 安置 <input type="checkbox"/> 生涯規劃 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	個案緊急 聯絡人	姓名			與個案關係		
	聯絡電話						
<p>1. 請視個案需求提供轉介，轉介前先以電話聯繫所在地縣市政府社會局(處)未成年懷孕服務承辦人員，再傳真本轉介單，以維護個案隱私；欲查詢承辦人員名單及聯繫方式，可至衛生福利部社會及家庭署全球資訊網 http://www.sfaa.gov.tw 或全國未成年懷孕求助站 www.257085.org.tw 下載。</p> <p>2. 如有疑義，請電洽「衛生福利部社會及家庭署家庭支持組家庭資源科」04-22582802 或全國未成年懷孕諮詢專線 0800-257-085。</p>							

個案轉介單回覆表					
受轉介單位				聯絡電話	
處理情形摘要					
回覆日期		回覆人		主管核章	

回覆表請於接獲轉介後 2 週內回傳轉介單位。