

附件二、未滿 20 歲懷孕少女及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>■請填具本表單後，傳真至所在地縣市政府社會局(處)未成年懷孕服務窗口工作人員，欲查詢窗工作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 <a href="http://www.sfaa.gov.tw">http://www.sfaa.gov.tw</a> 或全國未成年懷孕求助站 <a href="https://257085.sfaa.gov.tw/">https://257085.sfaa.gov.tw/</a> 下載。</p> <p>■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。</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。