高雄市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 |  | 出生日期 |  | 年齡 |  |
| 身分證字號 |  | 電話 |  | 手機 |  |
| 身心狀況 | □非身心障礙者 □身心障礙者：障別： 程度： |
| 戶籍地址 |  |
| 居住地址 |  |
| 懷孕週數 |  |
| 預產期或幼兒出生年月日 | 預 產 期：　　 年 　　 月 　　 日出生日期： 　　 年 　　 月 　　日 |
| 案情陳述 |  |
| 轉介目的 | □危機處理 □心理諮商 □法律諮詢 □經濟補助 □就學□醫療協助 □家庭協商 □出養 □就業 □安置□生涯規劃 □其他  |
| 個案緊急聯絡人 | 姓名 |  | 與個案關係 |  |
| 聯絡電話 |  |
| 備註：如發現有18-20歲未成年懷孕及未成年父母請填具本轉介單後傳真至社會局社會工作科，電話：07-3373381~83；傳真：07-3303628。 |