

学生心理健康和咨询支持转介表

学生姓名	年级	性别	填表日期
转介人姓名	转介人的联系 # 或电子邮件		
与学生的关系:	家人/监护人的联系 # 或电子邮件		
<input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 学校教职工 <input type="checkbox"/> 朋友/家人	你想让学生知道你做出了转介吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

学生或家庭是否要求:
有关服务的信息? 预约以开始帮助? 有人联系他们以提供帮助?
 是 否 是 否 是 否

请圈出适当的数字来评估此请求的紧急程度:
 不紧急 适度紧急 非常紧急
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

请勾选一直/经常令人担忧的领域:

学术

<input type="checkbox"/> 成绩大幅下降	<input type="checkbox"/> 没有完成家庭作业	<input type="checkbox"/> 书面语言有困难	<input type="checkbox"/> 在课堂上与同学相处困难	<input type="checkbox"/> 容易分心
<input type="checkbox"/> 逃课	<input type="checkbox"/> 阅读能力低下	<input type="checkbox"/> 反写/倒写数字和字母	<input type="checkbox"/> 不能听从指令	<input type="checkbox"/> 上课打瞌睡
<input type="checkbox"/> 频繁迟到	<input type="checkbox"/> 数学技能有困难	<input type="checkbox"/> 可能的听觉/视觉困难	<input type="checkbox"/> 不能专心致志/完成功课	<input type="checkbox"/> 需要频繁的 1:1 关注
<input type="checkbox"/> 不积极/努力程度低				<input type="checkbox"/> 其他:

外表

<input type="checkbox"/> 忽视外表/卫生	<input type="checkbox"/> 布满血丝的眼睛	<input type="checkbox"/> 针刺或烧伤痕迹	<input type="checkbox"/> 其他:
	<input type="checkbox"/> 擦伤	<input type="checkbox"/> 体重减轻或增加(大幅和突然)	

行为

<input type="checkbox"/> 辱骂性语言/脏话	<input type="checkbox"/> 割伤/抓伤/伤害自己	<input type="checkbox"/> 不恰当地流露感情/粘人	<input type="checkbox"/> 专注于死亡	<input type="checkbox"/> 威胁/恐吓言论/欺凌
<input type="checkbox"/> 酒精/药物滥用 (怀疑或已知)	<input type="checkbox"/> 毁坏财物	<input type="checkbox"/> 易怒/愤怒/敌意的	<input type="checkbox"/> 被同学排斥/被欺侮	<input type="checkbox"/> 焦虑/紧张
<input type="checkbox"/> 爱争吵	<input type="checkbox"/> 破坏性的	<input type="checkbox"/> 孤僻/退避	<input type="checkbox"/> 自尊问题	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 寻求关注	<input type="checkbox"/> 饮食问题 (太多或太少)	<input type="checkbox"/> 昏昏欲睡/没精打采	<input type="checkbox"/> 分离焦虑	
<input type="checkbox"/> 奇怪的想法 或行为 (即听到声音、看到东西、吃不可食用的物品、摇晃、撞头等)	<input type="checkbox"/> 过度或无法控制的哭泣	<input type="checkbox"/> 同学负面的影响	<input type="checkbox"/> 对他人进行性侵犯/粗俗	
	<input type="checkbox"/> 帮派参与	<input type="checkbox"/> 对他人进行身体攻击/打架	<input type="checkbox"/> 遭受性和/或身体攻击	
		<input type="checkbox"/> 怀孕	<input type="checkbox"/> 谈论自杀	

<p>难以过渡</p> <input type="checkbox"/> 新生适应困难 <input type="checkbox"/> 难以适应新的生活环境	<p>家庭/环境</p> <input type="checkbox"/> 无家可归 (无固定住址、与他人同住) <input type="checkbox"/> 寄养 <input type="checkbox"/> 食物来源不足	<input type="checkbox"/> 报告虐待 (身体、性、情感) <input type="checkbox"/> 愤怒地谈论父母/家人	<input type="checkbox"/> 近期遭受丧失/损失 (包括父母离婚) <input type="checkbox"/> 父母入狱 <input type="checkbox"/> 其他:
--	---	--	--

根据法律规定, 可能表明虐待或忽视的报告必须提交给儿童和家庭服务机构。有关更多信息, 请参阅法定报告规程或咨询学校心理健康团队的成员。



请将填妥的表格交给你的学校心理健康协调员。