

# 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： 出生日期：	年 月 日 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臺中市政府社會局未成年懷孕服務承辦人員林怡慧小姐(22289111#37704)，再傳真本轉介單(傳真號碼：04-22258662)，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 <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="http://www.257085.org.tw">www.257085.org.tw</a> 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。