

转介/转诊单

本单一式三份：来访者（或其监护人）、原咨询师、接收方各执一份；原咨询师将本单归入来访者档案。转介不得收取或支付任何介绍费、回扣或其他酬谢。

一、来访者基本信息

项目	内容	项目	内容
来访者编号/称呼	_____	性别/年龄	____ / ____岁
联系方式	_____	紧急联系人	____ / ____
原咨询师	_____	转介日期	____年____月____日
已咨询次数	共____次	最近一次咨询	____年____月____日

二、转介原因

- ☐ 咨询师专业能力不能胜任；
- ☐ 咨询师与来访者存在不适宜的专业关系/双重关系；
- ☐ 来访者持续无法从咨询中获益；
- ☐ 来访者疑似精神障碍，需至精神卫生医疗机构就诊；
- ☐ 来访者主动要求转介；
- ☐ 价值冲突难以妥善处理；
- ☐ 咨询师离职/暂停执业；
- ☐ 其他：_____。

三、转介去向

项目	内容
接收机构名称	_____

接收咨询师/医师	_____
联系方式	_____
机构性质	☐ 本中心内其他咨询师 ☐ 其他心理咨询机构 ☐ 精神卫生医疗机构 (科室: _____) ☐ 其他: _____

四、转介建议

项目	内容
咨询目标 (已完成工作)	_____
已采取的干预措施	_____
注意事项/危机状况	☐ 无危机 ☐ 有: _____ _____
后续建议	_____

五、资料移交清单 (均经来访者同意)

- ☐ 初始访谈记录;
- ☐ 咨询记录摘要;
- ☐ 心理测评报告;
- ☐ 知情同意书副本;
- ☐ 危机风险评估表 (如有);
- ☐ 其他: _____。

六、知情同意

原咨询师已向来访者（或其监护人）说明转介理由、接收方信息及转介后安排，来访者（或其监护人）已表示理解并同意本次转介。转介不收取或支付任何介绍费、回扣。

七、签字

签字方	签字	日期
来访者/监护人签字		____年____月____日
原咨询师签字		____年____月____日
接收方确认（可选）		____年____月____日
档案归档确认	☐ 已归入来访者档案	____年____月____日