附件2

南京特殊教育师范学院心理危机排查情况一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **姓名** | **性****别** | **学院** | **年级**  | **是否本科** | **专业** | **学号** | **联系方式** | **检出方式** | **目前状态** | **是否有诊断记录** | **主要问题及表现** | **危机有无** | 关注程度 |
| 重点 | 一般 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 选择一项。 | 选择一项。 | 选择一项。 |  | 选择一项。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 选择一项。 | 选择一项。 | 选择一项。 |  | 选择一项。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 选择一项。 | 选择一项。 | 选择一项。 |  | 选择一项。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 选择一项。 | 选择一项。 | 选择一项。 |  | 选择一项。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 选择一项。 | 选择一项。 | 选择一项。 |  | 选择一项。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 选择一项。 | 选择一项。 | 选择一项。 |  | 选择一项。 |  |  |

学院（公章）： 填报人签字： 负责人签字： 填报时间：

**注：**1.对于本表信息要严格保密； 2.本表一式两份，一份盖章签名后报心理健康教育中心，一份学院存底；3.请学院确保在上交时间节点前排查名单无遗漏。