

**教育部學生輔導諮商中心 臺東區駐點服務學校
服務申請表**

輔導人員填寫

收件日期：

開案/回覆日期：

開案 原校輔導

案號：

結案日期：

填表日期： 年 月 日

承辦人姓名		承辦人職稱	
聯絡方式	電話：	e-mail：	
學生姓名	出生日期		年 月 日 性別
	身分證字號		
聯絡電話	住宅：	就讀學校	
	手機：	科別/班級/導師	
聯絡地址			
主要照顧者	姓名：	職業：	與個案之親屬關係：
	聯絡電話：	教育程度： <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 中學以下 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所	
監護人姓名	<input type="checkbox"/> 同上 姓名：	職業：	與個案之親屬關係：
	聯絡電話：		
家庭型態： <input type="checkbox"/> 核心家庭 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 隔代家庭 <input type="checkbox"/> 折衷家庭 <input type="checkbox"/> 擴展家庭 <input type="checkbox"/> 繼親家庭 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 其他_____	危險因子		保護因子
	<input type="checkbox"/> 親子關係衝突/疏離		<input type="checkbox"/> 親子關係良好
家長合作意願： <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 父母少時間陪伴		<input type="checkbox"/> 家人能提供支持
	<input type="checkbox"/> 父母管教無效		<input type="checkbox"/> 父母能有效管教該生
族群：	<input type="checkbox"/> 父母對孩子期望低		<input type="checkbox"/> 家人重視該生學校教育
	<input type="checkbox"/> 受到父母虐待、忽視或是傷害		<input type="checkbox"/> 家庭氣氛和諧
家庭圖：	<input type="checkbox"/> 家人有藥癮或酒癮等問題		<input type="checkbox"/> 家中有正向認同的成人
	<input type="checkbox"/> 家中有經濟困難		其他：
		其他：	
		家庭氣氛與互動：	
學生個人狀況		學校狀況	
危險因子	保護因子	危險因子	保護因子
<input type="checkbox"/> 沒有自信	<input type="checkbox"/> 活潑外向與有自信	<input type="checkbox"/> 師生/親師關係不佳	<input type="checkbox"/> 有師長給予支持和協助
<input type="checkbox"/> 性格較衝動	<input type="checkbox"/> 情緒穩定	<input type="checkbox"/> 反抗或是不服從師長管教	<input type="checkbox"/> 願意聽從某師長的指導
<input type="checkbox"/> 挫折忍耐力低	<input type="checkbox"/> 能服從規範	<input type="checkbox"/> 學業成就低落	<input type="checkbox"/> 在校有喜歡的老師
<input type="checkbox"/> 問題解決能力低	<input type="checkbox"/> 對自己有所期待與規劃	<input type="checkbox"/> 常無法因應或完成課業	<input type="checkbox"/> 勝任學校課業
<input type="checkbox"/> 穿著邋邷不乾淨	<input type="checkbox"/> 穿著乾淨整齊	<input type="checkbox"/> 缺乏學習目標與動力	<input type="checkbox"/> 在校有成就感
<input type="checkbox"/> 語言表達不佳	<input type="checkbox"/> 能自主表達意見	<input type="checkbox"/> 與同儕關係不佳	<input type="checkbox"/> 有同儕的支持和協助
<input type="checkbox"/> 作息不正常		<input type="checkbox"/> 被貼負面標籤	
<input type="checkbox"/> 常遲到或是曠課		其他：	其他：
其他：	其他：		

主要問題：請填代碼_____

①人際困擾 ②師生關係 ③家庭困擾 ④自我探索 ⑤情緒困擾 ⑥生活壓力 ⑦創傷反應 ⑧自我傷害 ⑨性別議題 ⑩脆弱家庭 ⑪兒少保護議題 ⑫學習困擾 ⑬生涯輔導 ⑭偏差行為 ⑮網路沉迷 ⑯中離拒學 ⑰藥物濫用 ⑱精神疾患 ⑲其他

問題說明：(請依目前觀察，描述個案的問題行為、對困擾的主觀看法與因應策略、諮商期待或意願)

1、學校曾做過的輔導與處遇：(請提供相關的輔導資料)

個輔/認輔 小團體輔導 個案研討 其他：_____

2、曾接受本中心心理諮商服務：

無 有(年 月 日~ 年 月 日)，案號：_____

3、曾接受心理衡鑑：

無 有_____ (執行者單位/姓名)，

聯絡電話：_____；進行日期：__年__月；結果說明：_____

4、已接受其他機構諮商或資源服務：

無 有_____ (單位/姓名)，聯絡電話：_____

5、是否取得特教鑑定證明：

否 是，請填代碼_____

①智能障礙 ②視覺障礙 ③聽覺障礙 ④語言障礙 ⑤肢體障礙 ⑥腦性麻痺 ⑦身體病弱

⑧情緒行為障礙 ⑨學習障礙 ⑩多重障礙 ⑪自閉症 ⑫發展遲緩 ⑬其他障礙

轉介期待：

學校承辦人：

輔導主任：

說明：

1. 申請表一式兩份，一份至專任輔導人員，一份由學校留存。須檢附服務同意書(附件一)、認輔(輔導)老師輔導紀錄、個案研討紀錄、心理衡鑑結果(得免附此項)等資料。
2. 依據「心理師法」第14條略以如下：「...五、精神官能症之心理諮商與心理治療，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之」，若有勾選「患有精神疾病」者，另須檢附醫囑照會回覆單(附件二)。
3. 聯絡電話：322-070#1113 傳真電話：325-642 臺東區駐點服務學校 趙曉詩心理師

教育部學生輔導諮商中心 臺東區駐點服務學校

心理諮商服務同意書

貴子女經學校評估，推薦接受「教育部學生輔導諮商中心專業輔導人員服務」，透過心理師及輔導團隊的專業學養，提供您及貴子女最方便的心理諮商、諮詢服務。在專業保密原則下，幫助貴子女開發潛能，增進學習效益，提高生活適應能力及建立良好人際關係。為了增進您對本服務的了解，以下將說明服務內容、方式、費用等相關事項。請您詳讀後，若同意接受服務，請簽名後交回學校輔導室。

服務說明

一、服務人員

- (一)心理師：由具有青少年心理諮商專長，並領有國家證照之心理師提供服務。
- (二)專業督導：為了維護心理諮商的服務品質與貴子女的最佳權益，聘請督導不定期與心理師討論諮商進度，以便對貴子女提供更有效能的協助。

二、服務內容：心理師會根據對貴子女的了解，與輔導團隊共同發展適當的諮商目標及計畫，藉由個別諮商談話、親師諮詢及個案研討等，協助貴子女成長與潛能開發，適應學校生活。

三、服務費用：經學校轉介使用本服務者，晤談費用由教育部全額負擔。

四、服務次數與時間

- (一)每週一次晤談以 50 分鐘為原則，若含邀約重要關係人〈如教師、家長〉參加晤談，則酌予延長。
- (二)晤談次數以 8 次為原則，得經評估後酌予增減。

五、請假

- (一)因故需取消晤談者，請於晤談日一天前電話知會就讀學校輔導室老師。
- (二)請假超過兩次，或未依規定事先以電話取消即缺席者，得取消其接受服務資格。

六、心理師將視情形與輔導團隊成員討論諮商進度與計畫，以期能有效的協助貴子女的成長。

除了督導與輔導團隊成員之外，將不會在沒有經過您及貴子女的同意下，對外揭露諮商晤談的相關內容，但有以下情形者，輔導團隊將通報相關單位尋求協助：

- (一)貴子女之狀況可能危及自己或他人生命、自由、財產及安全者。
- (二)貴子女或其關係人涉及法律責任及行政規定者，如：兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、兒童及少年性剝削防制條例等。

七、家長參與和意見溝通：您有權利了解貴子女如何被協助，非常鼓勵您參與貴子女的協助歷程，並與心理師約定時間進行溝通了解。此外貴子女若有下列情事者，請您務必告知，以利心理師提供適當有效的協助：

- (一)曾罹患精神疾病或正在服藥者。
- (二)有自殺或自傷之企圖、計畫或經歷者。
- (三)目前正使用其他相關諮詢資源者。

本人已詳讀上述規定，並同意子女接受本項服務。

子女就讀學校/科別/班級/姓名：_____ / _____ / _____ 年 _____ 班/

學生家長簽名：_____ 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：一、本同意書一式三份，一份由家長自存，一份由學校保存，一份由心理師留存。
二、本同意書的傳遞及留存方式應以保密原則處理。

教育部學生輔導諮商中心 臺東區駐點服務學校

心理諮商服務同意書

學生_____經學校評估，推薦接受「教育部學生輔導諮商中心專業輔導人員服務」，透過心理師及輔導團隊的專業學養，提供學生最方便的心理諮商、諮詢服務。在專業保密原則下，幫助學生開發潛能，增進學習效益，提高生活適應能力及建立良好人際關係。為了增進您對本服務的了解，以下將說明服務內容、方式、費用等相關事項。請您詳讀後，若同意接受服務，請簽名後交回學校輔導室。

服務說明

一、服務人員

- (一)心理師：由具有青少年心理諮商專長，並領有國家證照之心理師提供服務。
- (二)專業督導：為了維護心理諮商的服務品質與學生的最佳權益，聘請督導不定期與心理師討論諮商進度，以便對學生提供更有效能的協助。

二、服務內容：心理師會根據對學生的了解，與輔導團隊共同發展適當的諮商目標及計畫，藉由個別諮商談話、親師諮詢及個案研討等，協助學生成長與潛能開發，適應學校生活。

三、服務費用：經學校轉介使用本服務者，晤談費用由教育部全額負擔。

四、服務次數與時間

- (一)每週一次晤談以 50 分鐘為原則，若含邀約重要關係人〈如教師、家長〉參加晤談，則酌予延長。
- (二)晤談次數以 8 次為原則，得經評估後酌予增減。

五、請假

- (一)因故需取消晤談者，請於晤談日一天前電話知會就讀學校輔導室老師。
- (二)請假超過兩次，或未依規定事先以電話取消即缺席者，得取消其接受服務資格。

六、心理師將視情形與輔導團隊成員討論諮商進度與計畫，以期能有效的協助學生的成長。除了督導與輔導團隊成員之外，將不會在沒有經過您的同意下，對外揭露諮商晤談的相關內容，但有以下情形者，輔導團隊將通報相關單位尋求協助：

- (一)學生狀況可能危及自己或他人生命、自由、財產及安全者。
- (二)學生或其關係人涉及法律責任及行政規定者，如：兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、兒童及少年性剝削防制條例等。

七、若您有下列情事者，請務必告知，以利心理師提供適當有效的協助：

- (一)曾罹患精神疾病或正在服藥者。
- (二)有自殺或自傷之企圖、計畫或經歷者。
- (三)目前正使用其他相關諮詢資源者。

本人已詳讀上述規定，並同意接受本項服務。

就讀學校/科別/班級/姓名：_____ / _____ / 年 班/

學生簽名：_____ 於 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：一、本同意書一式三份，一份由學生自存，一份由學校保存，一份由心理師留存。
二、本同意書的傳遞及留存方式應以保密原則處理。

教育部學生輔導諮商中心 臺東區駐點服務學校

醫囑照會回覆單

學 生 姓 名		出生日期	年 月 日	性別	
家長/監護人姓名		住家電話		手機	
主 述 問 題					
評估診斷結果					
治 療 計 畫					
照會諮商心理師之需求及建議	個案是否適合接受諮商心理師的諮商服務？(請勾選) <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 給諮商心理師的建議：				
合作與配合事項	1. 本病患已在本院接受_____心理師之心理治療， 其聯絡電話為：_____				
	2. 本病患是否曾接受本院之心理衡鑑？(請勾選) <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 心理衡鑑名稱與結果摘述： A. _____ B. _____				
主治醫師簽章				日期：	年 月 日

備註：

如學生接受精神醫療服務，請務必填妥本表格，並會同「服務申請單」及「服務同意書」

將正本資料交與臺東區駐點服務學校 趙曉詩心理師。聯絡電話：322-070#1113。