

**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：
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：	傳真：	
學生姓名		出生日期	年 月 日 性別
就讀學校		科別/班級/導師	
聯絡電話	住宅： 手機：	身分證字號	
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"/> 父母少時間陪伴 <input type="checkbox"/> 父母管教無效 <input type="checkbox"/> 父母對孩子期望低 <input type="checkbox"/> 受到父母虐待、忽視或是傷害 <input type="checkbox"/> 家人有藥癮或酒癮等問題 <input type="checkbox"/> 家中有經濟困難 其他：		<input type="checkbox"/> 親子關係良好 <input type="checkbox"/> 家人能提供支持 <input type="checkbox"/> 父母能有效管教該生 <input type="checkbox"/> 家人重視該生學校教育 <input type="checkbox"/> 家庭氣氛和諧 <input type="checkbox"/> 家中有正向認同的成人 其他：
家長合作意願： <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 其他_____	家庭氣氛與互動： 		
家庭圖：			
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"/> 穿著邋邇不乾淨	<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拒學/中輟 ②自傷/自殺 ③網路成癮 ④性侵/性騷擾 ⑤家暴/兒虐 ⑥哀傷/失落 ⑦家庭/親子 ⑧情緒困擾
⑨人際困擾 ⑩學習困擾 ⑪一般精神疾患（醫生診斷：過動、緘默、焦慮、憂鬱等）⑫特教（特教鑑定）
⑬偏差行為（如：暴力、說謊等等）⑭性別/感情困擾 ⑮其它_____

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）

3、曾接受心理評量/鑑定或衡鑑：

☐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：_____

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#1008 傳真電話：325-642 臺東區駐點服務中心 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、兒童及少年性交易防制條例等。

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

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：

如學生患有精神疾病者，務必請填妥本表格，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中心 趙曉詩心理師。聯絡電話：322-070#1008。