

教育部國教署學生輔導諮商中心高雄區駐點服務學校

個案轉介單(學校轉介時填寫)

填寫日期： 年 月 日

姓名		性別		生日		輔導 教師	
學校		科別		年級/班級		輔導教師 聯絡電話	
1. 請勾選欲申請項目(可複選)：							
<input type="checkbox"/> 醫師諮詢服務，預約諮詢日期：_____							
<input type="checkbox"/> 心理諮商服務(以下任一條件之一)							
<input type="radio"/> 1. 經校內進行介入性輔導5次以上，仍有困難改善困擾之學生。(請檢附5次諮商紀錄)							
<input type="radio"/> 2. 校園危機事件等特殊情況。(請於表中詳述事件經過)							
<input type="radio"/> 3. 經醫師診斷有精神官能症，醫師建議學校持續追蹤輔導並轉介心理師提供相關服務。 (請附上醫師診斷證明及表A1-1醫囑照會單)							
<input type="radio"/> 4. 依據學生輔導法第 5-1 條第三項規定，經學生本人同意且經學校召開個案會議通過同意轉介者。(請檢附核章後之會議記錄影本)							
諮商時段需求	<input type="checkbox"/> 避開主科 <input type="checkbox"/> 避開特定課程(請填寫課名)：_____ <input type="checkbox"/> 時間彈性皆可排 <input type="checkbox"/> 期望特定時段(節數可多填)：每週____第____節；每週____第____節						
學生身分：(依據取得之鑑定證明填寫，可複選，無則勾選「0. 以下皆非」)							
<input type="checkbox"/> 0. 以下皆非 <input type="checkbox"/> 1. 智能障礙 <input type="checkbox"/> 2. 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 3. 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 4. 語言障礙 <input type="checkbox"/> 5. 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 6. 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 7. 身體病弱 <input type="checkbox"/> 8. 情緒行為障礙 <input type="checkbox"/> 9. 學習障礙 <input type="checkbox"/> 10. 多重障礙 <input type="checkbox"/> 11. 自閉症 <input type="checkbox"/> 12. 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 13. 其他障礙							
請勾選個案目前最主要問題類型勾選：							
<input type="checkbox"/> 1. 人際困擾 <input type="checkbox"/> 2. 師生關係 <input type="checkbox"/> 3. 家庭困擾 <input type="checkbox"/> 4. 自我探索 <input type="checkbox"/> 5. 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 6. 生活壓力 <input type="checkbox"/> 7. 創傷反應 <input type="checkbox"/> 8. 自我傷害 <input type="checkbox"/> 9. 性別議題 <input type="checkbox"/> 10. 脆弱家庭 <input type="checkbox"/> 11. 兒少保護議題 <input type="checkbox"/> 12. 學習困擾 <input type="checkbox"/> 13. 生涯輔導 <input type="checkbox"/> 14. 偏差行為 <input type="checkbox"/> 15. 網路沉迷 <input type="checkbox"/> 16. 中離(輟)拒學 <input type="checkbox"/> 17. 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 18. 精神疾患 <input type="checkbox"/> 19. 其他：_____							
一、個案主要困擾問題綜合描述(含個案來源及行為概述)							
二、家庭概況描述							
三、學校生活、成績概況							
四、個案個性、人格特質描述							
1. 個案對於校內輔導資源的態度為：							
<input type="checkbox"/> 個案主動尋求協助 <input type="checkbox"/> 經校內老師安排，個案願意接受協助 <input type="checkbox"/> 個案為非自願接受協助							
2. 個案對於轉介輔導中心(醫師、心理師)的態度為：							
<input type="checkbox"/> 個案樂意且期望接受 <input type="checkbox"/> 經輔導老師安排，個案願意接受 <input type="checkbox"/> 個案為非自願接受協助							
3. 其他個案個性特質描述：							
五、學校曾做過的輔導與處遇(包括轉介單位、主責人員、聯絡方式及其時間、結果)							
六、其他：相關就醫紀錄或輔導老師擬與醫師或心理師溝通事項							
轉介人						單位主管	

教育部國教署學生輔導諮商中心高雄區駐點服務學校

諮商服務同意書

本中心諮商服務是針對高雄區高中職學生與家庭所進行的一種專業性服務。如欲接受服務，應由學生提出申請，或由有關人員徵得同意後為之。

學生及其法定代理人應明確被告知，諮商內容及所提供的資料將受到嚴格保密，除下述狀況外不得洩漏給任何個人或機構：

1. 在心理師判斷學生自己、他人或社會可能面臨明顯且立即的危險時，心理師有向其法定代理人或第三者預警的責任。這種狀況包括(但非限於)學生暗示要自殺或殺人的情形。
2. 諮商內容涉及法定通報事項時，如：兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法及性別平等教育法等相關之法律規定，或法院為審理案件需要要求提供資料的情況。
3. 在確認係醫學緊急需要狀況時，得將資料提供給醫事人員。
4. 為進行學術研究、服務績效評鑑或行政管理等工作，而提供給合格或法定人員參閱，學生的身份仍不得以直接或間接方式洩漏。

學生及法定代理人應詳細閱讀前述文字並了解其內容，謹同意下列事項：

1. 學生與中心預約好時間後，請依預約時間前來；若未能依約前來，必須事前請假。**若有兩次無故缺席，中心將取消您的諮商服務。**
2. 心理師基於學生的福祉，得經學生同意後對諮商過程錄影或錄音，與專業督導討論，以提升諮商的服務品質。
3. 心理師及學生共同認為有必要收集更多個案資料時，得實施心理測驗。
4. 中心為培養合格心理師，應教學需要，得經學生同意後安排諮商與輔導研究所研究生見習。
5. 諮商結束後，請協助填寫諮商效果評估問卷，以便了解諮商服務滿意情形及需改進之處。

如同意請簽名

學生(學生親簽)： _____ 連絡電話： _____

法定代理人(法定代理人親簽)： _____ 連絡電話： _____

法定代理人與學生關係：

個案符合以下狀況，可不經法定代理人簽名同意：

1. 年滿 18 歲

2. 依據學生輔導法第 5-1 條第三項規定經學生本人同意並由學校召開個案會議通過同意轉介者

中 華 民 國 年 月 日

※諮商服務同意書請務必與轉介單一併傳真，否則恕不接受轉介與安排諮詢服務事宜