

# 教育部國教署學生輔導諮商中心高雄區駐點服務學校

## 個案分類表(醫師填寫)

個案編號： \_\_\_\_\_ 校名： \_\_\_\_\_ 諮詢日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

姓 名： \_\_\_\_\_ 年級： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_ 歲

<p><b>一、精神病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 思覺失調症</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 妄想症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 情感思覺失調症</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 物質/醫藥引發的精神病症</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 其他</p> <p><b>二、情緒障礙病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 雙相情緒障礙症</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 憂鬱症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 物質/醫藥引發的情緒障礙症</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 其他</p> <p><b>三、焦慮病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 恐慌症</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 其他</p> <p><b>四、強迫病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 強迫症</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 拔毛症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 其他</p> <p><b>五、創傷及壓力相關</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 創傷後壓力症</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 急性壓力症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 適應障礙症</p> <p><b>六、飲食障礙病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 暴食症</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 厭食症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 其他</p> <p><b>七、人格障礙病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____ 型人格障礙症</p> <p><b>八、物質相關及成癮</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____ 使用障礙症</p>	<p><b>九、神經障礙病癥</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 智能不足</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 自閉症類群障礙症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 學習障礙症</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 注意力不足/過動症</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 抽蓄症</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 其他</p> <p><b>十、其他病癥類</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 性別不安</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 性偏好症</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 行為規範障礙症</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 對立反抗症</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 睡眠障礙症</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 其他</p> <p><b>十一、其他問題</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 關係問題(如親子、伴侶、手足)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 虐待或照顧疏忽相關聯之問題 (如：對兒童之身體虐待或性虐待等)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 醫療不合作</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 其他_____</p> <p><b>十二、處理結果</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 當次結案</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 下次繼續會談追蹤， 預約_____年_____月_____日_____時</p> <p><b>十三、建議後續處理方式</b></p> <p>1. 是否需要立即就醫：</p> <p><input type="checkbox"/> 是，建議就診醫院/診所：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p>2. 建議後續服務：</p> <p><input type="checkbox"/> 心理諮商                      <input type="checkbox"/> 家庭諮商/親子諮商</p> <p><input type="checkbox"/> 藥物治療                      <input type="checkbox"/> 住院治療</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
---	--

醫師簽名： \_\_\_\_\_