**教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校**

111.01修訂

**【轉介單-1個案資料表】**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 轉　　介　　學　　校　　填　　寫 |
|  | 個案姓名 |  | 個案性別 |  | 出生年月 |  | 填表日期 |  |
|  | 學校名稱 |  | 科別年級 |  | 轉介人姓名 |  | 轉介人電話 |  |
|  | 家長姓名 |  | 與個案關係 |  | 學生居住狀況、居住地 |  |
|  | **1.請勾選欲申請項目(可複選)：**□醫師諮詢服務，預約諮詢日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□心理諮商服務(以下任一條件之一)○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。○2.校園危機事件等特殊情況。○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，並註明醫囑) |
|  | **2.請勾選個案目前主要問題類型（可複選）：**□01.人際困擾 □02.師生關係 □03.家庭困擾 □04.自我探索 □05.情緒困擾 □06.生活壓力　 □07.創傷反應　□08.自我傷害 □9.情感/性別 □10.脆弱家庭 □11.兒少保議題 □12.學習困擾 □13.生涯輔導 □14.偏差行為 □15.網路沉迷 □16.中離(輟)拒學 □17.藥物濫用 □18.精神疾患，診斷名稱＿＿＿＿＿＿＿＿ □19.其它(請註明）  |
|  | **3.個案的主要困擾，及問題主訴（針對上述勾選問題類型，提供資訊及描述說明）：** |
|  | **4.個案人格特質及建立合作同盟的態度*** 1. **個案對於校內輔導資源的態度為：**

□個案主動尋求協助　□經校內老師安排，個案願意接受協助　□個案為非自願接受協助* 1. **個案對於轉介輔諮中心(醫師、心理師)的態度為：**

□個案樂意且期望接受□經輔導老師安排，個案願意接受　　　□個案為非自願接受協助* 1. **其他個案個性特質描述：**

 |
|  | **5.個案家庭概況描述(請盡量包含家庭圖，並標明目前同住成員)：** |
|  | **6.與問題主訴相關之其他資訊（疾病史、生活適應、人際關係、學習動機與成績表現等等）：** |
|  | **7.擬與醫師、專輔人員或本中心溝通事項（特殊需求或派案期待）：** |
|  | **8.過去相關就醫紀錄：**□無□有，檢附診斷證明如附。評估之後續建議：□請學校持續提供輔導關懷追蹤□轉介心理師提供心理諮商□請家長協助孩子接受藥物治療、家庭諮詢、門診治療或住院治療等 |
| 轉介人 |  | 單位主管 |  |
| 輔　　諮　　中　　心　　填　　寫 |
| 接案專輔人員 |  | 派案日期 | 　年 月 日 | 單位主管 |  |

**教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校**

**【轉介單-2輔導處遇紀錄表】**

110.08修訂

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請彙整轉介方曾做過的輔導處遇紀錄，至少五次。惟危機個案，及具精神疾病診斷個案不在此限。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 次數 | 日期 | 輔導者身分 |  輔導與處遇重點概要 |
| 一 |  | □輔導老師□導師□任課教師□教官□家長□其他＿＿＿＿＿ |  |
| 二 |  | □輔導老師□導師□任課教師□教官□家長□其他＿＿＿＿＿ |  |
| 三 |  | □輔導老師□導師□任課教師□教官□家長□其他＿＿＿＿＿ |  |
| 四 |  | □輔導老師□導師□任課教師□教官□家長□其他＿＿＿＿＿ |  |
| 五 |  | □輔導老師□導師□任課教師□教官□家長□其他＿＿＿＿＿ |  |

（若表格不夠，可自行增添） |

**教育部學生輔導諮商中心基隆區駐點服務學校**

**【專業服務同意書】**

113.01修訂

親愛的家長、同學您好：

1. 教育部為提供學生心理專業服務，建置基隆區駐點於國立基隆高級中學。本單位之專業團隊包括精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社會工作師，皆領有國家考試合格之專業證照。
2. 本單位之服務旨在協助學生獲得專業的心理資源協助，提升學生心理正向發展，以增進其在學期間之穩定就學。服務內容包括醫師諮詢、專業輔導人員晤談（會談、諮商、諮詢），及提供所需之相關資源。
3. 保密與保密例外部份，學生所提供的所有個人資料將會受到嚴謹保密，不得洩漏給任何個人或機構。下列為保密例外事項：
	* 1. 涉及學生自身、他人或社會可能面臨明顯且立即的危險議題，例如自殺、殺人等。
		2. 觸及法律規範要求通報之議題，例如兒童及少年福利與權益保障法、性別平等教育法等相關法律規定，或法院要求提供資料的情況。
4. 本單位之設置目的在協助學生在校適應狀況，為確保後續輔導效能，專業輔導人員會視情況且與學生討論後，與轉介學校之相關人員或家長進行諮詢討論。
5. 若因故無法如期會談，請於晤談前一天致電或親自至學校輔導室取消晤談，並請輔導室轉告本 中心。學校輔導室電話： ，本中心聯絡電話：（02）24582052#273，聯繫時間：週一至週五08:30-12:00，13:00-17:00。若無故缺席達連續三次者，為維護其他學生權益，將不再保留諮商時段並終止服務，未來若有諮商服務需求，需由學校輔導室重新向本中心提出申請。
6. 為提升服務品質，專業輔導人員會定期接受專業督導，必要時可能會有錄音或錄影之需求（學生或家長可於接受服務時表述意願），且本單位需進行服務績效評鑑、成效評估研究、及行政管理等工作而提供給法定相關人員參閱時，學生個資部份將依據個人資料保護法加以保密避免受辨識，相關專業人員皆受專業倫理規範，不得以直接或間接方式洩漏。
7. 本人已經詳細閱讀前述文字並了解其內容，茲同意下列事項：
	* 1. 同意接受本單位的心理專業服務。
		2. 本人知道此服務會基於保護學生福祉及遵守相關專業倫理規範與法律之規定，除非面臨上述保密例外的狀況，不會洩漏學生的隱私資料。
		3. 本同意書是於本人神智清醒的狀態下自願簽署。

學生家長(或監護人)簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(學生滿18歲得無需家長或監護人簽名)

學生簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　期： 　　年　　月　　日