

# 教育部學生輔導諮商中心彰化區駐點服務學校

## 個案申請表

A 表

申請日期： 年 月 日

個案編號：

(個案編號由本中心填寫)

學 校 名 稱		性 別	<input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女	身 分 證 統 一 編 號 <small>(或居留證、護照號碼)</small>	
個 案 姓 名		科 別		年 級	
個 案 身 分	請以「■」表示；學生身分依特殊教育法第3條規定，且取得鑑定證明者作界定。				
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>0. 以下皆非</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>5.肢體障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>10.多重障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>1.智能障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>6.腦性麻痺</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>11.自閉症</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>2.視覺障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>7.身體病弱</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>12.發展遲緩</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>3.聽覺障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>8.情緒行為障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>13.其他障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>4.語言障礙</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/>9.學習障礙</div> </div>				
家 長 姓 名		聯 絡 電 話	( 宅 ) ( 手 機 )	關 係	
住 址				生 日	/ /
輔 導 教 師		聯 絡 資 訊	( 公 ) ( 手 機 ) ( 電 郵 )		
繳 交 文 件 (請於 <input type="checkbox"/> 內勾選)		<input type="checkbox"/> 心理專業服務同意書 <input type="checkbox"/> 醫囑照會單(無則免附) <input type="checkbox"/> 醫師診斷書(無則免附) <input type="checkbox"/> 其他：_____			
		※除危機案件外皆須一併繳交，以便完成轉介流程。			
※是否為初次轉介？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，第____次轉介。					
問 題 類 型	主要問題請以「■」表示；若有其他次要問題請皆以「★」表示(一個主要三個次要問題)				
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>1.人際困擾</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>6.生活壓力</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>11.兒少保護議題</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>16.中離(輟)拒學</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>2.師生關係</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>7.創傷反應</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>12.學習困擾</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>17.藥物濫用</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>3.家庭困擾</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>8.自我傷害</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>13.生涯輔導</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>18.精神疾患</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>4.自我探索</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>9.性別議題</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>14.偏差行為</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>19.其他：_____</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>5.情緒困擾</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>10.脆弱家庭</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>15.網路沉迷</div> </div>				
問 題 概 述	※個案主要困擾問題綜合描述(人格特質描述、學校生活、人際狀況等)				

家庭背景	1.家庭氣氛概要描述  2.家庭圖(請簡要繪製)
學校曾介入之處遇	1. 已進行通報 <input type="checkbox"/> 社政通報 <input type="checkbox"/> 校安通報 <input type="checkbox"/> 其他_____ 2. 已召開 <input type="checkbox"/> 性平委員會 <input type="checkbox"/> 危機小組 <input type="checkbox"/> 個案會議 <input type="checkbox"/> 其他會議_____ 3. 學校曾做過的輔導與處遇 <input type="checkbox"/> 個別輔導 <input type="checkbox"/> 團體輔導 <input type="checkbox"/> 認輔教師輔導 <input type="checkbox"/> 其他_____
目前其他資源介入	<input type="checkbox"/> 曾接受本中心心理諮商服務： 心理師：_____（ 年 月～ 年 月） <input type="checkbox"/> 相關諮商經驗：心理師_____ <input type="checkbox"/> 醫療單位：_____精神科醫師_____（ 年 月～ 年 月） <input type="checkbox"/> 社會局(處)或是其他單位社工： 單位_____聯絡人_____聯絡方式_____
諮商期待	
五次簡要輔導或聯繫紀錄	第一次： 年 月 日
	第二次： 年 月 日
	第三次： 年 月 日
	第四次： 年 月 日
	第五次： 年 月 日

輔導教師核章	(核章，日期)	單位主管核章	(核章，日期)
<p>備註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>個案轉介必須檢附轉介表電子檔、心理專業服務同意書掃描檔，寄至：scc@chsh.chc.edu.tw，並致電 04-7222121#35203 向吳欣怡個案管理員確認，以完成轉案程序。</li> <li>危機案件如性侵、家暴、高關懷或危及生命安全者，需緊急處理之案主，可先以電話聯繫本中心。</li> </ol>			