

教育部學生輔導諮詢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 (或居留證、護照號碼)	
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。				
	<input type="checkbox"/> 0. 以下皆非	<input type="checkbox"/> 5. 肢體障礙	<input type="checkbox"/> 10. 多重障礙		
	<input type="checkbox"/> 1. 智能障礙	<input type="checkbox"/> 6. 腦性麻痺	<input type="checkbox"/> 11. 自閉症		
	<input type="checkbox"/> 2. 視覺障礙	<input type="checkbox"/> 7. 身體病弱	<input type="checkbox"/> 12. 發展遲緩		
	<input type="checkbox"/> 3. 聽覺障礙	<input type="checkbox"/> 8. 情緒行為障礙	<input type="checkbox"/> 13. 其他障礙		
<input type="checkbox"/> 4. 語言障礙	<input type="checkbox"/> 9. 學習障礙				
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"/> 醫師診斷書 (無則免附)		<input type="checkbox"/> 醫囑照會單 (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)				
	<input type="checkbox"/> 1. 人際困擾	<input type="checkbox"/> 6. 生活壓力	<input type="checkbox"/> 11. 兒少保議題	<input type="checkbox"/> 16. 中離(輟)拒學	
	<input type="checkbox"/> 2. 師生關係	<input type="checkbox"/> 7. 創傷反應	<input type="checkbox"/> 12. 學習困擾	<input type="checkbox"/> 17. 藥物濫用	
	<input type="checkbox"/> 3. 家庭困擾	<input type="checkbox"/> 8. 自我傷害	<input type="checkbox"/> 13. 生涯輔導	<input type="checkbox"/> 18. 精神疾患	
	<input type="checkbox"/> 4. 自我探索	<input type="checkbox"/> 9. 性別議題	<input type="checkbox"/> 14. 偏差行為	<input type="checkbox"/> 19. 其他：_____	
	<input type="checkbox"/> 5. 情緒困擾	<input type="checkbox"/> 10. 脆弱家庭	<input type="checkbox"/> 15. 網路沉迷		
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	<p>1.家庭氣氛概要描述</p> <p>2.家庭圖(請簡要繪製)</p>
學校曾介入之處遇	<p>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_____</p> <p>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_____</p> <p>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_____</p>
目前其他資源介入	<p><input type="checkbox"/>曾接受本中心心理諮商服務： 心理師：_____ ( 年 月 ~ 年 月 )</p> <p><input type="checkbox"/>相關諮商經驗：心理師_____</p> <p><input type="checkbox"/>醫療單位：_____ 精神科醫師_____ ( 年 月 ~ 年 月 )</p> <p><input type="checkbox"/>社會局(處)或是其他單位社工： 單位_____ 聯絡人_____ 聯絡方式_____</p>
諮詢期待	
五次簡要輔導或聯繫紀錄	<p>第一次： 年 月 日</p> <p>第二次： 年 月 日</p> <p>第三次： 年 月 日</p> <p>第四次： 年 月 日</p> <p>第五次： 年 月 日</p>

輔導教師核章	(核章，日期)	單位主管核章	(核章，日期)
備註：			
<ol style="list-style-type: none"><li>個案轉介必須檢附<b>轉介表電子檔</b>、<b>心理專業服務同意書掃描檔</b>，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>			