

附件二

教育部學生輔導諮商中心-彰化區駐點服務學校

個別諮詢 個案檢核表

諮詢日期：____年____月____日

案主姓名：_____

性別：_____

生理缺陷：_____

監護人姓名：_____

填表人：_____ 電話：(____)

校名：_____ 科別：_____ 年級：_____

生日：____年____月____日生

特殊病史：_____

與案主關係：_____ 電話：(____)

一、個案身分(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 | |

二、外向性行為(違規犯過行為)：

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 逃學 | <input type="checkbox"/> 7. 不守規矩 | <input type="checkbox"/> 13. 擾亂上課秩序 |
| <input type="checkbox"/> 2. 逃家 | <input type="checkbox"/> 8. 濫發脾氣 | <input type="checkbox"/> 14. 破壞公物 |
| <input type="checkbox"/> 3. 反抗權威 | <input type="checkbox"/> 9. 撒謊 | <input type="checkbox"/> 15. 欺負弱小 |
| <input type="checkbox"/> 4. 長期缺席 | <input type="checkbox"/> 10. 偷竊 | <input type="checkbox"/> 16. 粗言辱罵 |
| <input type="checkbox"/> 5. 經常遲到、請假 | <input type="checkbox"/> 11. 打架 | <input type="checkbox"/> 17. 誣蔑師長 |
| <input type="checkbox"/> 6. 衝動、倔強 | <input type="checkbox"/> 12. 暴力行為 | <input type="checkbox"/> 18. 其他 |

三、內向性行為(情緒困擾問題)：

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 畏縮、羞怯、孤僻 | <input type="checkbox"/> 5. 焦慮緊張 | <input type="checkbox"/> 9. 自殺意念 |
| <input type="checkbox"/> 2. 不敢表現自己意見 | <input type="checkbox"/> 6. 敵意情緒 | <input type="checkbox"/> 10. 其他 |
| <input type="checkbox"/> 3. 過分依賴 | <input type="checkbox"/> 7. 自虐 | |
| <input type="checkbox"/> 4. 做白日夢 | <input type="checkbox"/> 8. 自卑 | |

四、學業適應問題：

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 不做作業 | <input type="checkbox"/> 5. 容易分心 | <input type="checkbox"/> 9. 外務過多影響課業 |
| <input type="checkbox"/> 2. 過度懶散 | <input type="checkbox"/> 6. 低成就 | <input type="checkbox"/> 10. 其他 |
| <input type="checkbox"/> 3. 學科偏食 | <input type="checkbox"/> 7. 上課打瞌睡 | |
| <input type="checkbox"/> 4. 成績不穩 | <input type="checkbox"/> 8. 交友過多影響 | |

五、焦慮症候：

- 1. 遇到困難時會坐立難安、發抖、情緒緊張、言語困難、表情呆滯
- 2. 由焦慮引發嘔吐、肚痛、頭昏、心胸不適、全身無力等
- 3. 遭遇困難時易內在情緒失控、反應激烈，但不會外顯
- 4. 有強迫性思考
- 5. 有強迫性動作
- 6. 其他

六、偏畸習癖：

- | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 咬指甲 | <input type="checkbox"/> 6. 賭博 | <input type="checkbox"/> 13. 其他 |
| <input type="checkbox"/> 2. 肌肉抽慄 | <input type="checkbox"/> 7. 喝酒 | |
| <input type="checkbox"/> 3. 口吃 | <input type="checkbox"/> 8. 吸食毒品 | |
| <input type="checkbox"/> 4. 偏食 | <input type="checkbox"/> 9. 過度手淫 | |
| <input type="checkbox"/> 5. 吸煙 | <input type="checkbox"/> 10. 沈迷黃色書刊、影片 | |

七、精神病症候：

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 有過度焦鬱反應 | <input type="checkbox"/> 2. 慮病症反應 | <input type="checkbox"/> 3. 有精神分裂傾向(脫離現實) | <input type="checkbox"/> 4. 其他 |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|

附件三

教育部學生輔導諮商中心-彰化區駐點服務學校(彰化高中)

學生個別諮詢及家長諮詢 預約申請表

姓名		性別		學校	
輔導 教師		聯絡 電話		是否 來過	<input type="checkbox"/> 否，第一次預約 <input type="checkbox"/> 是， 年 月 日有來過

一、個案主述問題:

二、個案之發現及初步瞭解:

填表
說明

- 一、請詳細填寫本表。
- 二、本表填寫後請務必於諮詢日前七天將電子檔 e-mail 至輔諮中心信箱 (scc@chsh.chc.edu.tw)，並來電確認。
- 三、業務負責人:吳欣怡 個管員。
電話：(04) 722-2121 轉 35203。

教育部學生輔導諮商中心-彰化區駐點服務學校(彰化高中)

教師個別督導 預約申請表

姓名		服務 學校		職稱	
性別		聯絡 電話		是否 來過	<input type="checkbox"/> 否，第一次預約 <input type="checkbox"/> 是， 年 月 日有來過
一、個案主述問題：					
二、個案之發現及初步瞭解：					
三、輔導效果、評估與希望討論的問題：					
填表 說明	<p>一、請詳細填寫本表。</p> <p>二、本表填寫後請務必於諮詢日前七天將電子檔 e-mail 至輔諮中心信箱 (scc@chsh.chc.edu.tw)，並來電確認。</p> <p>三、業務負責人:吳欣怡 個管員。 電話：(04) 722-2121 轉 35203。</p>				