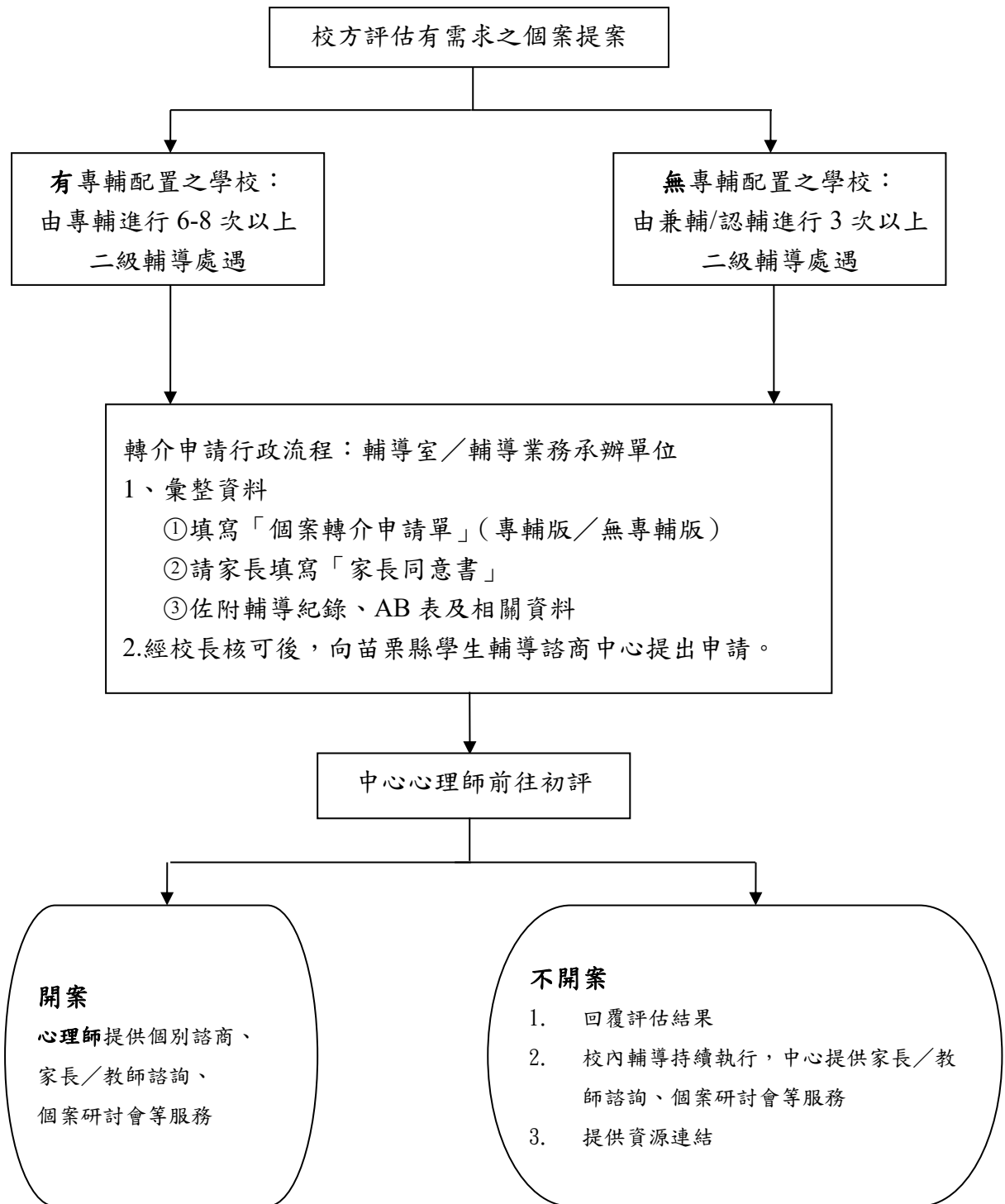


苗栗縣學生輔導諮商中心  
心理師個案服務流程



◇ 若為危機、新聞事件，可先聯繫中心，資料後補，流程參附件一。

◇ 原始版面設計為雙面列印。

## 心理師個案服務說明

### 一、開案標準

學校輔導機制分為一級、二級及三級預防。一級預防的輔導人員為學校教師，主要是促進學生心理健康與社會適應。二級預防的輔導人員為學校輔導教師，主要輔導方向為篩選出高關懷群，即早介入輔導，並適時連結學生需要的資源。三級預防的輔導人員為心理師及社工師，當學生經過初級及二級相關人員介入後，在生活中仍多面向出現嚴重的偏差行為、情緒困擾或精神疾病等議題，經由中心心理師初步評估後，進行開案。

1. 經專輔服務 6-8 次/兼輔或認輔教師服務 3 次以上，未見改善且已影響到學生的生活適應。
2. 符合三級個案（相關權責可參照《學生輔導法》第 6 條、第 12 條）。
3. 危機個案，如自傷自殺。

### 二、結案標準

1. 三次無故未到，無法進行輔導工作。
2. 學生主述問題有所改善、其學習適應狀況或身心發展漸趨良好，由學校繼續追蹤輔導。
3. 學生搬遷、轉學、畢業、安置等因素，改提供轉銜諮詢及轉介服務。
4. 經評估後，認為學生之主要需求為醫療、特教、社福、司法或其他資源，非屬諮商專業服務者。
5. 家長或監護人於諮商過程中拒絕學生接受諮商，且經學生同意終止服務。
6. 已在其他機構接受諮商服務者。
7. 校內已具有心理師證照之專輔、兼輔或認輔教師。
8. 學生就學不穩定無法接受穩定之諮商服務。

### 三、學校申請個案心理諮商服務請檢附下列資料

1. **轉介申請單**（依學校配置勾選專輔版或無專輔版填寫）
2. **家長同意書正本**  
（綜合《民法》、《心理師法》及相關倫理守則，心理師需取得未成年個案之法定代理人同意，方得執行業務）
3. **學生 AB 表、輔導歷程紀錄或個案研討會等相關資料**（越詳盡越能協助心理師事先評估）
4. **醫囑照會單**  
（見附件二，學生經醫師診斷具有精神官能症、精神病或腦部心智功能障礙者，方須附上；  
例如：憂鬱症、雙相情緒障礙症、焦慮症、強迫症、思覺失調症、腦傷……等）

**持紙本申請，請正本核章完掛號郵寄(請來電確認收件情形)或親送至：苗栗縣學生輔導諮商中心（苗栗縣苗栗市國華路 1121 號 巨蛋南門）**

## 苗栗縣學生輔導諮商中心 個案轉介心理師申請表 \*者為必填

學校名稱：\_\_\_\_\_

請勾選：本校有專輔教師 本校僅有兼輔教師

承辦人 姓名與職稱*			承辦人電話 與分機*		
班導師姓名*			班導師電話 與分機*		
個案姓名*	年級/班級*		性別*		
出生日期*	身份證字號*				
現居地址*					
戶籍地址	<input type="radio"/> 同上 <input type="radio"/> 其他：_____				
身分別*	<input type="radio"/> 一般生 <input type="radio"/> 原住民：_____族 <input type="radio"/> 新住民子女 <input type="radio"/> 中低收 <input type="radio"/> 其他：_____				
學生 特殊身分	<input type="radio"/> 領有身心障礙手冊：障別_____等級_____ <input type="radio"/> 領有重大傷病卡：_____ <input type="radio"/> 其他：_____				
其他 教育資源	<input type="radio"/> 特殊教育：_____ <input type="radio"/> 非學校型態教育：_____ <input type="radio"/> 其他：_____				
<b>學生狀態綜合評估</b>					
學校轉介 案件類型 (請打勾)	<input type="checkbox"/> 拒學/懼學	<input type="checkbox"/> 自傷/自殺	<input type="checkbox"/> 學生欺凌(霸凌)	<input type="checkbox"/> 親職/親子議題	
	<input type="checkbox"/> 家暴/兒虐	<input type="checkbox"/> 性侵( <input type="checkbox"/> 合意 <input type="checkbox"/> 非合意 <input type="checkbox"/> 家人性侵)		<input type="checkbox"/> 情緒困擾	
	<input type="checkbox"/> 哀傷/失落	<input type="checkbox"/> 性別議題	<input type="checkbox"/> 學習適性	<input type="checkbox"/> 人際困擾	
	<input type="checkbox"/> 物質濫用/網路成癮		<input type="checkbox"/> 感情困擾	<input type="checkbox"/> 生涯諮商	
	<input type="checkbox"/> 師生重大傷亡之危機事件		<input type="checkbox"/> 偏差行為：_____ (請說明)		
	<input type="checkbox"/> 一般精神疾患(符合 DSM 診斷,如過動、焦慮、憂鬱等):_____ (請說明)				
	<input type="checkbox"/> 家庭變故	<input type="checkbox"/> 中輟 <sup>註</sup>	<input type="checkbox"/> 性騷擾	<input type="checkbox"/> 性剝削	
	<input type="checkbox"/> 師生衝突	<input type="checkbox"/> 其他：_____ (請說明)			
	註：中輟係指未經請假未到校上課達 3 日以上之學生、學期開學未到校註冊達 3 日以上之學生、新生未報到、無故缺曠課連續累計 7 日之節數。				
	學生主訴問題*				

	學生家庭概況* (含同住者、手足序)	
	轉介期待*	
	影響程度*	<input type="radio"/> 輕度(學生尚能承受,唯須多予輔導) <input type="radio"/> 中度(問題已干擾學生的作息) <input type="radio"/> 重度(問題已嚴重影響學生本身及他人作息,須緊急處理)

## 家長資訊

法定監護人*	<input type="radio"/> 父親 <input type="radio"/> 母親 <input type="radio"/> 其他：_____
父母婚姻狀況*	<input type="radio"/> 婚姻關係中 <input type="radio"/> 分居 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 父或母入獄 <input type="radio"/> 父或母一人死亡 <input type="radio"/> 父或母失蹤

家長資料	父	姓名*	(不詳者,填不詳)	
		其他特殊身分*	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有身心障礙手冊 <input type="radio"/> 有重大傷病卡 <input type="radio"/> 其他：_____	
		職業		
		聯絡方式	(H):	(手機):
	母	姓名*	(不詳者,填不詳)	
		其他特殊身分*	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有身心障礙手冊 <input type="radio"/> 有重大傷病卡 <input type="radio"/> 其他：_____	
		職業		
		聯絡方式	(H):	(手機):

主要照顧者	姓名	(無父母以外之其他主要照顧者,可不填)	
	關係		
	其他特殊身分	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有身心障礙手冊 <input type="radio"/> 有重大傷病卡 <input type="radio"/> 其他：_____	
	職業		
	聯絡方式	(H):	(手機):

## 學生個人、家庭、社會狀況觀察

## 一、個人部分(可複選)

## (1) 身心狀況

過動傾向 肌肉抽搐 口吃 睡眠問題 發展遲緩(含智能障礙): \_\_\_\_\_

重大生理疾病: \_\_\_\_\_ 其他: \_\_\_\_\_

## (2) 外向性行為

不守規矩 破壞公物 粗言辱罵 反抗權威 易怒衝動 敵意

- 撒謊 偷竊 暴力行為 生活作息不正常 出缺席異常 逃學／拒學／懼學  
逃家 留連不良場所 沉迷網路／電玩 物質濫用(吸食毒品、酗酒、菸癮)  
其他：\_\_\_\_\_

(3) 內向性行為

- 不敢表達自己意見 畏縮、羞怯、孤僻 過度在意他人評價 過度依賴 自卑  
焦慮緊張 經常恐懼害怕 對平日感興趣的事物喪失興趣 長期情緒低落  
其他：\_\_\_\_\_

(4) 特殊行為

- 賭博 做異性打扮 在不合宜地點手淫(自慰)  
焦慮行為(如：撕手皮、咬指甲)：\_\_\_\_\_  
強迫行為(如：不停洗手、檢查)：\_\_\_\_\_  
過度性好奇(如：沉迷於性相關書刊、影片)：\_\_\_\_\_  
不當性接觸(如：任意觸摸他人私處)：\_\_\_\_\_  
其他：\_\_\_\_\_

(5) 學習適應(盡可能提供在校段考成績單)

- 學習表現起伏很大  
記憶力差，記不住當天老師或父母的交代  
注意力差，不易持續專心任何活動  
組織力差，說話或做事顯得凌亂，沒有重點與組織  
理解力差，常弄不清楚抽象或較複雜的符號或詞彙  
學習能力在不同事物表現差異大，對某些科目或事物表現得特別好(與一般相比在中等以上)

※該生現有之學業表現大致如何?請依各項勾選\*：

- 整體學業：中等以上 全班平均數左右 中下到最後 30% 全班最後 15%  
數學科：中等以上 全班平均數左右 中下到最後 30% 全班最後 15%  
國語科：中等以上 全班平均數左右 中下到最後 30% 全班最後 15%

二、家庭部分(可複選)

- 家庭突遭變故 家庭經濟困難 舉家躲債 與家人關係不睦 家庭成員間多衝突  
照顧者失業 照顧者疏忽照顧 照顧者婚姻關係不穩定 照顧者管教功能不彰  
家庭成員有自殺傾向 家庭成員有精神疾病 受虐或目睹家暴 其他：\_\_\_\_\_

三、學校部分(可複選)

- 長期請假 師生關係不佳 霸凌(加害者、受害者、旁觀者) 與同儕關係不佳  
擔任次團體領導者

四、社會部分(可複選)

- 參與廟會活動 在校外打工 接受司法處遇中(如假日輔導、保護管束) 人際／交友議題  
易受不良同儕影響 參與不良幫派 其他：\_\_\_\_\_

### 學生個人評估

請專輔根據教育環境學習情形，請盡量勾選出學生所有可能有的適應狀況，可以複選。

#### ※感官動作方面：

- 發音不清楚，或聲調不對。
- 經常需要別人大聲說話或請人靠近一點再重說一遍。
- 聽話理解能力差，常抓不到別人說話的重點。
- 口語表達能力差，無法與老師或同學溝通。
- 不太能和別人閒談或接續別人的話題。
- 經常重複出現相同的動作或發出相同的聲音。
- 經常會跌倒或碰撞東西。
- 動作明顯比一般同學慢很多。
- 不太會（或很少）拿剪刀、筷子等需要手部精細動作的工具。
- 不太會（或很少）跳繩、走平衡木、打球或一般學校操場的體能活動。

#### ※個人生活適應方面：

- 髒亂、無法維持個人衛生。
- 不會自行上廁所，會遺尿或大便在褲子上。
- 經常忘記攜帶或遺失個人物品。
- 在學校所從事的活動（休閒或社交）比一般同學少很多。
- 動作速度經常跟不上課堂（或同儕）的活動腳步。
- 對於環境不預期的變化（如臨時調課、換座位）會有明顯不適應的反應。
- 應變能力差，不太會（或很少）隨著情境調整自己的行為或態度。

#### ※行為情緒適應方面：

- 情緒表達不適當，和情境不合。
- 不會保護自己，經常受同學欺負或佔小便宜。
- 對周遭的人或活動不太有反應，似乎不感興趣。
- 對周遭的人感興趣，但表現得很奇怪令人受不了。

### 學校已採取的輔導措施（若有相關資料請一併檢附）

#### ■校內二級輔導

專輔／兼輔教師姓名：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

服務方式：\_\_\_\_\_ 已進行\_\_\_\_\_次

曾接受特教鑑定，鑑定障別：\_\_\_\_\_

智力測驗結果：\_\_\_\_\_

曾舉行過個案研討

日期：\_\_\_\_\_

研討後建議或處遇方式：\_\_\_\_\_

曾接受過醫療處置(學生經精神科專科醫師診斷罹患相關精神疾病者，敬請附上附件二之醫囑照會單)

- 兒青精神(身心、心智)科   生長發育科   腦神經內科  
早療   小兒科   復健科  
其他：\_\_\_\_\_

醫院名稱/專業人員：\_\_\_\_\_ 診斷：\_\_\_\_\_ 就診日期：\_\_\_\_\_  
 目前是否有服用藥物：有/無(請圈選) 藥物名稱：\_\_\_\_\_ 藥物劑量：\_\_\_\_\_

曾接受過校外認輔、諮詢或諮商等服務資源：學諮中心   其他校外機構：\_\_\_\_\_

輔導員/心理師/社工師姓名：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_  
 服務方式：\_\_\_\_\_ 已進行\_\_\_\_\_次

### 學生可晤談時間

星期一：上午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分；下午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分  
 星期二：上午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分；下午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分  
 星期三：上午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分；下午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分  
 星期四：上午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分；下午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分  
 星期五：上午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分；下午\_\_點\_\_分~\_\_點\_\_分

(供心理師參考，以利時間安排，若能提供多個時段更佳，並請參酌學生意願)

承辦人		輔導組長	
輔導主任		校長	

◎附件(請依序裝訂)：

#### 務必附上

- 家長同意書(若取得家長同意困難，請先知會中心個管人員)  
專輔/兼輔教師輔導歷程紀錄影本  
學生 AB 表(學生輔導資料紀錄表)影本

#### 若無免附

- 醫囑照會申請回覆單  
個案研討會紀錄影本

◎填表過程中如有任何疑問，請洽諮詢窗口：037-350067#10 許仁一 諮商心理師兼個管人員





# 苗栗縣學生輔導諮商中心

## 諮商同意書

親愛的家長，您好！

就讀學校：苗栗縣 \_\_\_\_\_ 國民中 / 小學 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_ 班 \_\_\_\_\_ 同學經校方的關心與瞭解，發現生活裡有些事情造成他 / 她有情緒行為困擾現象，這樣的困擾可能進而影響其課業、人際關係或生活適應。為了讓他 / 她更健康、快樂的成長，我們擬為他 / 她申請本縣學生輔導諮商中心心理師服務。

執行輔導 / 諮商的心理師都是經過專業訓練的心理諮商人員，基於專業倫理，除專業督導或下列保密例外，孩子的秘密他們都會嚴守，請放心。

其他服務說明如下所示：

一、費用：免費。

二、目的：透過專業心理人員的專業學養，提供本縣學童、教師與家長諮詢服務，在專業且保密原則下，協助孩子開發潛能，提高生活適應能力及建立良好人際關係。

三、諮詢人員：學生輔導諮商中心專業輔導人員。

四、服務次數與時間：

(一) 兒童、青少年晤談以一堂課（國小 40 分鐘，國中 45 分鐘）為原則，若含邀約教師、家長參加會晤，酌予延長至一小時，協助學校和家庭為孩子共同努力建構良好的成長和學習環境。

(二) 開案者最多以提供 8 次晤談為原則，但得依心理師 / 輔導員評估結果酌予增減。

(三) 家長可就生活所觀察、關切之議題、子女的適應狀況等，與心理師交換意見。

(四) 有晤談需求者，以學生輔導諮商中心排定時間為準；需更換時段者請於三日前提出。臨時請假超過三次，或未事先請假即缺席者，得取消其接受服務資格。

五、保密：晤談人員均接受過專業訓練，並被要求嚴守專業倫理，對於因晤談而知悉之隱私，必盡力守密，以維護當事人的權益，但若有傷害他人、自傷或相關法律責任議題則不在此限。

六、洽詢或進一步了解：您可向學校導師或輔導處室詢問，學校輔導室聯繫電話：\_\_\_\_\_

亦可於上班時間（9：00-16：00）撥打（037）350067 至學生輔導諮商中心洽詢。

若已了解服務性質與內容，同意接受本項兒少晤談服務，請於下填寫並簽名。

本人已了解服務之性質與內容，同意子女接受本項兒少晤談服務。

子女就讀學校：苗栗縣 \_\_\_\_\_ 國民（中/小）學 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 班

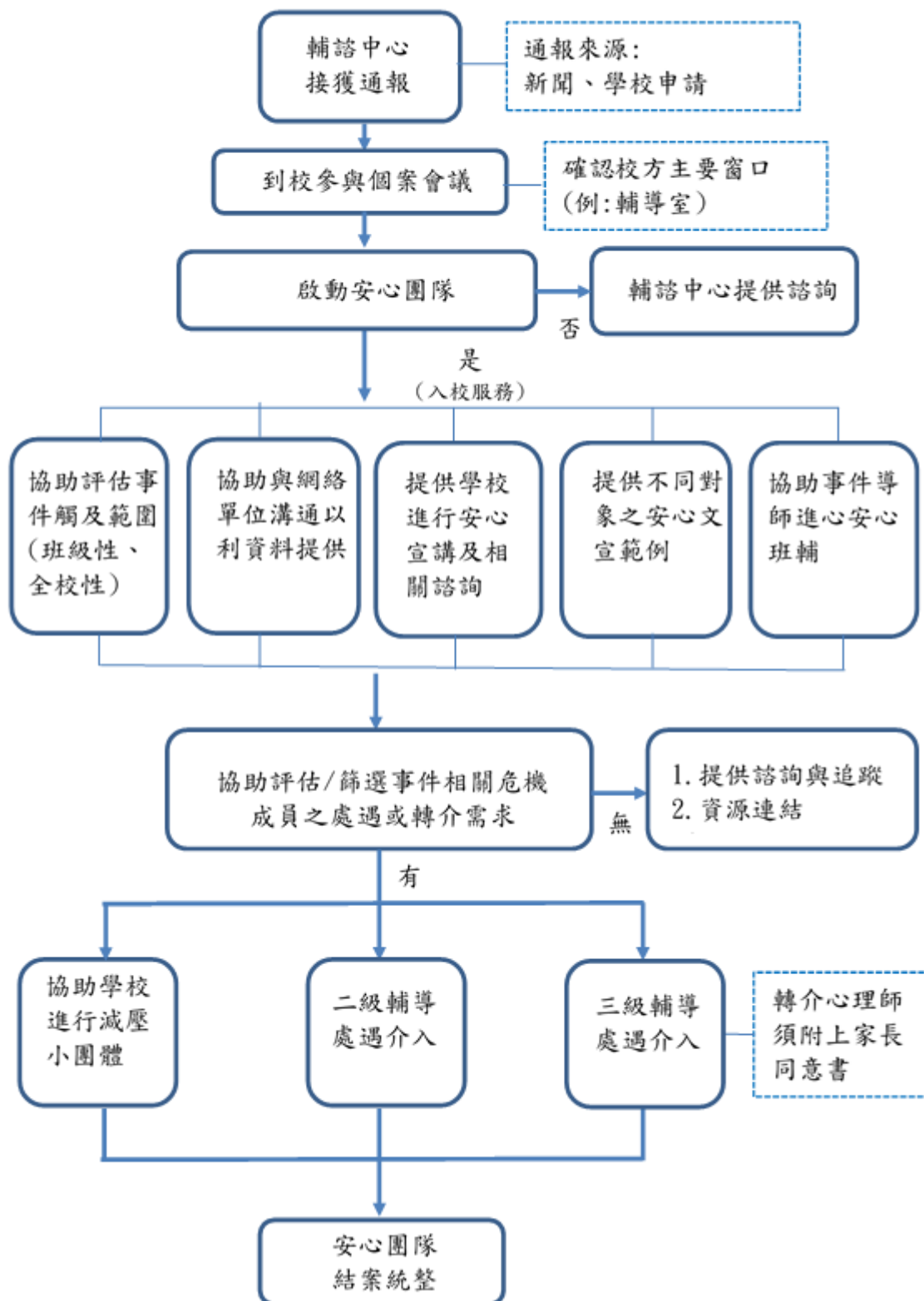
子女姓名：\_\_\_\_\_ 立書同意人簽名：\_\_\_\_\_

日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



# 苗栗縣輔諮中心危機事件處理通報流程 SOP

(2020/09/18 製)





(為避免《心理師法》第 43 條之情事，心理師執行相關精神症狀之心理諮商與心理治療，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。)

附件二

## 苗栗縣學生輔導諮商中心 醫囑照會申請單

照會單位：\_\_\_\_\_ (醫院、診所)

主治醫師：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 醫師您好：

貴院所病患\_\_\_\_\_，向苗栗縣學生輔導諮商中心申請諮商服務，目前擬安排心理師提供諮商輔導。我們得知案主在貴院所就醫，目前由您主治治療中。為符合心理師法的規定，並提供案主適當服務，我們經案主本人及家長/監護人同意，希望了解貴院所醫師對案主所做的診斷與評估，以作為是否適合接受諮商服務之重要參考依據。茲奉上照會回覆單，敬請惠予填寫並交由案主或家屬帶回本中心，以利評估及確認後續諮商策略。如需進一步洽商，本中心連絡電話為(037)350067#10、11、13、16。

此 並頌

時綏



苗栗縣學生輔導諮商中心 敬啟

本人同意 \_\_\_\_\_ (醫院、診所)，提供就醫相關資料予苗栗縣學生輔導諮商中心，做為進行諮商協助之參考。

學生簽名： \_\_\_\_\_

家長/監護人簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(為避免《心理師法》第 43 條之情事，心理師執行相關精神症狀之心理諮商與心理治療，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。)

## 苗栗縣學生輔導諮商中心 醫囑照會回覆單

學生姓名		性別		出生年月日	年	月	日
家長/監護人 姓名				家長/監護人 聯絡電話			
診斷 結果	※ 診斷病名 _____ ※ 症狀概述 _____ ※ 給病患之建議 _____						
已 進 行 之 處 遇	<input type="checkbox"/> 未服藥  <input type="checkbox"/> 開藥：中文藥名 _____  <input type="checkbox"/> 心理治療：_____ 心理師，連絡電話： _____  <input type="checkbox"/> 心理衡鑑： _____  <input type="checkbox"/> 其他： _____						
必 填	病患是否適合接受苗栗縣學生輔導諮商中心心理師的專業服務？  <input type="checkbox"/> 是，建議： _____  <input type="checkbox"/> 否，建議： _____						
照會醫師簽章				照會日期	年	月	日