**苗栗縣學生輔導諮商中心**

**心理師個案服務流程**

落實三級輔導架構下

校方評估有需求之個案提報

**無**專輔配置之學校：

由兼輔/認輔進行5周以上

二級輔導處遇(1周至少1次、每次至少滿30分鐘以上)

轉介申請行政流程：輔導室／輔導業務承辦單位

1.彙整資料

填寫「個案轉介申請單」

請家長填寫「家長同意書」

佐附輔導歷程紀錄、AB表及相關資料

2.經校長核可後，向苗栗縣學生輔導諮商中心提出申請。

**有**專輔配置之學校：

由專輔進行8周以上

二級輔導處遇(1周至少1次、每次至少滿30分鐘以上)

中心心理師前往初評

**不開案**

1. 回覆評估結果
2. 提供資源連結
3. 校內輔導持續執行

**開案**

**心理師**提供個別諮商、家長／教師諮詢，
或個案研討會等專業服務。

* **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. 經學校專輔教師服務8周，或無專輔學校經兼輔/認輔教師服務5周以上(1周至少晤談1次，且每次晤談至少滿30分鐘以上)，服務歷程未見改善且已影響到學生的生活適應。
特殊情況個案(如自傷、自殺等危及生命之危機個案)，經學諮中心同意，不受此限。
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)。

**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. 校內已有具心理師證照之專輔、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）
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. **醫師開具之診斷及照會或醫囑**（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(可來電確認收件情形)
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 | ○同上○其他： |
| 身分別\* | ○一般生　○原住民：　　　　　族　　○新住民子女○中低收 ○其他：　　　　　　　　　　　 |
| 學生特殊身分 | ○領有身心障礙手冊：障別 等級 ○領有重大傷病卡：　　　　　　　　○其他：　　　　　　　　　 |
| 其他教育資源 | ○特殊教育：　　　　　　　　　○非學校型態教育：　　　　　　　　　○其他：　　　　　　　　　 |
| **學生狀態綜合評估** |
| 學校轉介案件類型（請打勾） | ○拒學／懼學 | ○自傷／自殺 | ○學生欺凌（霸凌） | ○親職／親子議題 |
| ○家暴／兒虐 | ○性侵（□合意　□非合意　□家人性侵） | ○情緒困擾 |
| ○哀傷／失落 | ○性別議題 | ○學習適性 | ○人際困擾 |
| ○物質濫用／網路成癮 | ○感情困擾 | ○生涯諮商 |
| ○師生重大傷亡之危機事件 | ○偏差行為：　　　　　　　　（請說明） |
| ○一般精神疾患（符合DSM診斷，如過動、焦慮、憂鬱等）：　　　　　　　　　（請說明） |
| ○家庭變故 | ○中輟註 | ○性騷擾 | ○性剝削 |
| ○師生衝突 | ○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\* | ○輕度（學生尚能承受，唯須多予輔導）○中度（問題已干擾學生的作息）○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\* | ○父親　○母親　○其他：　　　　　　 |
| 父母婚姻狀況\* | ○婚姻關係中　○分居　○離婚　○同居　○父或母入獄　○父或母一人死亡　○父或母失蹤 |
| 家長資料 | 父 | 姓名\* | （不詳者，填不詳） |
| 其他特殊身分\* | ○無　○有身心障礙手冊　○有重大傷病卡　○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\* | ○無　○有身心障礙手冊　○有重大傷病卡　○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 | ○無　○有身心障礙手冊　○有重大傷病卡　○其他：　　　　　 |
| 職業 |  |
| 聯絡方式 | （H）： | （手機）： |
| **學生個人、家庭、社會狀況觀察** |
| 1. **個人部分(可複選)**
2. 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：　　　　　　　　　1. 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：　　　　　　　　　1. 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：　　　　　　　　　1. 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：　　　　　　　　　1. 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%1. **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：　　　　　　　　1. **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1. **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) |
| **確保事項** |
| 1.專兼輔教師轉介前需要先與個案建立關係，並知會個案將有心理師介入服務。2.專兼輔教師於心理師服務期間能持續關懷並了解個案近況。 |
| 承辦人 |  | 輔導組長 |  |
| 輔導主任 |  | 校長 |  |

◎附件(請依序裝訂)：

 務必附上

 □家長同意書正本 (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 (紀錄內容可參考SOAP紀錄撰寫格式)

 □學生AB表 (學生輔導資料紀錄表) 影本

 若無免附

 □醫師開具之診斷及照會或醫囑

 □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：

1. 費用：免費。
2. 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，協助孩子提升心理韌性，提高生活適應能力及建立良好人際關係。
3. 諮詢人員：學生輔導諮商中心專業輔導人員。
4. 服務次數與時間：
	1. 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。
	2. 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。
	3. 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。
	4. 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。
5. 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。
6. 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 |

附件一



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。

耑此 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

**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 |  □未服藥□開藥：中文藥名 * 心理治療：\_\_\_\_\_\_\_\_\_心理師，連絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 * 心理衡鑑：
* 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？*** 是，建議： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_
* 否，建議： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_
 |
| 照會醫師簽章 |  | 照會日期 | 年 月 日 |