

臺中市 113 年度學生輔導諮商中心實施計畫

方案十二：兒少精神科專業定點諮詢

壹、依據：

- 一、學生輔導法第 4 條。
- 二、臺中市 113 年度學生輔導諮商中心實施計畫。

貳、目的：聘請具兒少專長之精神科醫師提供本市教職員工生專業諮詢，以協助參與人員增進心理衛生專業知能，提昇輔導工作績效。

參、辦理單位：

- 一、指導單位：教育部國民及學前教育署。
- 二、主辦單位：臺中市政府教育局。
- 三、承辦單位：市立豐原商業高級中等學校(以下稱豐原高商)、市立安和國民中學(以下稱安和國中)、市立五權國民中學(以下稱五權國中)。

肆、辦理方式：分山、中(海)、中(屯)三區辦理；於上半年、下半年各辦理 11 場次定點諮詢，一場次 4 節，共計 264 節，採預約制。

伍、參加對象：本局輔導人員暨各校輔導教師為申請人(請申請學校務必派教職員到場，俾利學校輔導與醫療之合作)，協同相關輔導人員至指定地點進行諮詢。

陸、執行方式：透過事先以傳真預約單向學生輔導諮商中心之分區中心預約，預約成功後，將申請表以掛號方式郵寄或親送至學生輔導諮商中心之分區中心，諮詢服務後由醫生填寫回覆單，申請學校出席人員請填寫意見回饋表。

柒、辦理日期：113 年 11 月至 12 月。

中(屯)區：臺中市立五權國中		
許雅貞醫師	星期二 上午	11/5、11/12、11/19、11/26、12/3、12/10
中(海)區：臺中市立安和國中		
林秀縵醫師	星期二 下午	11/12
蔡佳叡醫師	星期三 上午	11/6、11/13
楊惠瑁醫師	星期四 上午	11/14
林志堅醫師	星期四 上午	11/7
	星期五 上午	11/15
山區：臺中市立豐原高商		
蔡佑俞醫師	星期四 上午	11/28、12/19
蔡佳叡醫師	星期四 上午	11/07、11/21、12/05
李宛融醫師	星期三 下午	11/13、11/27、12/11

捌、辦理地點：

- 一、中(屯)區：五權國中
- 二、中(海)區：安和國中
- 三、山區：豐原高商

玖、預期效益：經由專業醫師或臨床心理師之指導，使輔導人員、輔導教師及導師更能掌握學生精神狀況，促進學生身心健全發展。

壹拾、活動經費：如概算表，本計畫經費由教育部國民及學前教育署補助。

壹拾壹、執行及參加本方案之專業輔導人員暨輔導教師，請各單位給予公(差)假半日登記。

壹拾貳、辦理本計畫工作人員依「臺中市立國民中小學及幼兒園教育人員獎勵要點」及「本局 109 年 9 月 14 日中市教高字第 1090078760 號函」核予敘獎。

壹拾參、本計畫陳報教育部國民及學前教育署後實施，修正時亦同。

預約單

臺中市 113 年度學生輔導諮商中心實施計畫

方案十二：兒少精神科專業定點諮詢

預約單

【申請學校填寫】

學校名稱		年級	年級	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
個案姓名		出生年月日		年	月 日
家長姓名		關係		連絡電話	
申請人姓名		職稱	<input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 輔導組長 <input type="checkbox"/> 輔導主任		
申請人電話					
申請人傳真					
預定場次	<input type="checkbox"/> 山區 <input type="checkbox"/> 中(海)區 <input type="checkbox"/> 中(屯)區	預定日期			
預計到場人員	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 導師 <input type="checkbox"/> 輔導老師 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____				
備註					

預約回覆單

【承辦學校填寫】

申請編號：

排定日期		排定時間	
承辦人		回傳日期	
備註			

承辦學校聯絡方式：

區域	承辦學校	承辦人	連絡電話	傳真號碼	地址
山區	豐原高商 (學諮中心山區)	林怡君 輔導人員	2520-0998 分機 330	2520-0920 (學諮傳真)	臺中市豐原區圓環南路 50 號 (進修大樓三樓)
中(海)區	安和國中 (學諮中心中二區)	謝敏珍 輔導人員	2358-4979 分機 9 (學諮值班 台分機)	2358-7325 (學諮傳真)	臺中市西屯區天助街 1 號 (臻酥樓 2 樓)
中(屯)區	五權國中 (學諮中心中一區)	林孟薇 輔導人員	2201-2371 分機 21	2201-2372 (學諮傳真)	臺中市北區英才路 1 號 (至善樓 4 樓)

注意事項

1. 本預約單僅預約性質，仍應於排定日期一週前，將申請表以掛號方式郵寄或親送至學生輔導諮商中心之分區中心。
2. 請落實個案資料保密工作及禁止諮詢過程中錄音錄影。

臺中市 113 年度學生輔導諮商中心實施計畫
 方案十二：兒少精神科專業定點諮詢 申請表

申請學校：

申請日期：

申請編號：(承辦人員填寫)

一、基本資料				
個案姓名		性別		出生年月日
身分證字號		年級		導師姓名
家長姓名		家長電話		希望預約日期
輔導教師		老師電話		確定排定日期 (承辦人員填寫)
預計到場人員				
二、個案主訴				
主要原因(單選)：_____ 次要原因(複選)：_____				
1. 人際困擾 2. 師生關係 3. 家庭困擾 4. 自我探索 5. 情緒困擾 6. 生活壓力 7. 創傷反應 8. 自我傷害 9. 性別議題 10. 脆弱家庭 11. 兒少保護議題 12. 學習困擾 13. 生涯輔導 14. 偏差行為 15. 網路沉迷 16. 中離(輟)拒學 17. 藥物濫用 18. 精神疾患 19. 其他_____ (請簡述)				
三、個案身份別				
(一)個案特殊身份				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 脆弱家庭 <input type="checkbox"/> 兒少虐待 <input type="checkbox"/> 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 保護管束 <input type="checkbox"/> 中輟通報 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 自殺/自傷 <input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 性剝削 <input type="checkbox"/> 霸凌案件				
(二)個案特教身份				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 聲音障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 身體病弱 <input type="checkbox"/> 情緒行為障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 其他障礙 _____ (請簡述)				
四、個案概述				
(一)家庭背景資料				
家庭型態	<input type="checkbox"/> 父母同住 <input type="checkbox"/> 單親家庭(父) <input type="checkbox"/> 單親家庭(母) <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 繼親家庭 <input type="checkbox"/> 其他_____ (例：安置機構或其他複雜結構等)			家系圖 (其他補充)
家中排行	第_____，兄_____人、姊_____人、弟_____人、妹_____人			
父母婚姻	1. <input type="checkbox"/> 婚姻中 2. <input type="checkbox"/> 同居 3. <input type="checkbox"/> 離婚 4. <input type="checkbox"/> 分居 5. <input type="checkbox"/> 未婚			
家庭經濟	1. <input type="checkbox"/> 富裕 2. <input type="checkbox"/> 小康 3. <input type="checkbox"/> 中低收入戶 4. <input type="checkbox"/> 低收入戶(____款) 5. <input type="checkbox"/> 其他(請簡述,如舉債)_____			
親子關係	1. <input type="checkbox"/> 和諧 2. <input type="checkbox"/> 疏離 3. <input type="checkbox"/> 衝突 4. <input type="checkbox"/> 親密 5. <input type="checkbox"/> 依賴 6. <input type="checkbox"/> 其他			
同住成員	主要照顧者：_____ 其他同住成員：_____			

家庭功能 評估 (可複選)	<input type="checkbox"/> 家庭功能良好	<input type="checkbox"/> 家庭功能尚可	<input type="checkbox"/> 家庭配合度低
	<input type="checkbox"/> 家庭成員多衝突	<input type="checkbox"/> 受虐	<input type="checkbox"/> 目睹家暴
	<input type="checkbox"/> 家庭與學校關係衝突	<input type="checkbox"/> 照顧者工作不穩定	<input type="checkbox"/> 照顧者情緒不穩
	<input type="checkbox"/> 照顧者疏忽照顧	<input type="checkbox"/> 照顧者有自殺自傷傾向	
	<input type="checkbox"/> 照顧者婚姻關係或感情不穩定	<input type="checkbox"/> 照顧者管教功能不彰	
	<input type="checkbox"/> 照顧者管教態度不一致	<input type="checkbox"/> 家庭突遭變故(請簡述)_____	
	<input type="checkbox"/> 其他(請簡述)		

(二)個人生活適應：

身心狀況	睡眠狀況	<input type="checkbox"/> 嗜睡或失眠	<input type="checkbox"/> 時間不固定	<input type="checkbox"/> 穩定良好	<input type="checkbox"/> 不瞭解	<input type="checkbox"/> 其他_____
	情緒精神	<input type="checkbox"/> 易激動亢奮	<input type="checkbox"/> 易疲倦無神	<input type="checkbox"/> 穩定良好	<input type="checkbox"/> 不瞭解	<input type="checkbox"/> 其他_____
	飲食習慣	<input type="checkbox"/> 飲食過量	<input type="checkbox"/> 少量或不吃	<input type="checkbox"/> 正常飲食	<input type="checkbox"/> 不瞭解	<input type="checkbox"/> 其他_____
	生理症狀	<input type="checkbox"/> 青春痘	<input type="checkbox"/> 頭暈/頭痛	<input type="checkbox"/> 腸胃不佳	<input type="checkbox"/> 耳鳴	<input type="checkbox"/> 其他_____
學校適應	出勤表現	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 其他_____	
	學科成績	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 其他_____	
	藝能表現	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 其他_____	
	生活常規	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 其他_____	
	師生關係	<input type="checkbox"/> 緊張	<input type="checkbox"/> 疏離	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 關係良好的教師：_____
	同儕關係	<input type="checkbox"/> 緊張	<input type="checkbox"/> 疏離	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 關係良好的同儕：_____

(三)個案正向資源評估

個人特質	(如誠實的、關心他人的、努力的、耐心的、健談的、夠義氣、有俠義精神等)
強項/才能	(如活動力強、反應快、機靈、美術能力佳、很會使用電腦、很會跑步等)
家庭/社會支持	(如同儕關係佳、手足關係良好、父母支持態度等)
興趣/願望	(如電影、音樂、美容、汽修、舞蹈、渴望需求與改變動機等)

五、學校輔導過程概述(請分項列點陳述)

--

六、擬與特約醫師溝通的事項(請分項列點陳述)

--

回覆單

臺中市 113 年度學生輔導諮商中心實施計畫
方案十二：兒少精神科專業定點諮詢 回覆單

精神科醫師填寫

學生姓名		性別		年齡		出生年月日	年 月 日
主述問題							
評估診斷結果							
照會輔導人員或教師之需求及建議							
合作與配合事項	<input type="checkbox"/> 建議至醫院進行更進一步的心理衡鑑 <input type="checkbox"/> 建議就診服藥 <input type="checkbox"/> 建議接受心理師定期會談 <input type="checkbox"/> 其他建議_____						
醫師簽章						日期：	年 月 日

臺中市 113 年度學生輔導諮商中心實施計畫

方案十二：兒少精神科專業定點諮詢 意見回饋表

非常感謝您參與本次活動，希望活動的安排與課程的設計能讓您有豐富的收穫。為瞭解本次活動之成效，並期下一次活動更臻完美，請您依本次參加活動的感受，提供寶貴意見，以供日後舉辦類似活動改善之參考，謝謝您的協助與配合！

臺中市政府教育局
學生輔導諮商中心 敬上

參加日期：113 年_____月_____日

參加場次：豐原高商 安和國中 五權國中

生理性別：女 男

身 份：輔導主任 輔導組長 專輔教師 兼輔教師
導師 家長_____ 其他_____

項目	內容	5 非常 同意	4 同 意	3 普 通	2 不 同 意	1 非 常 不 同 意
專業 服務	醫師解說內容清楚易懂					
	醫師講解內容能增進輔導知能					
	醫師能夠給予實務上具體策略及技巧啟發思考					
	參與本次活動個人收穫良多					
行政 安排	諮詢服務行政預約及通知妥善					
	場地安排完善（含場地設備、輔助器材…等）					
	流程與整體時間掌控流暢					
	整體服務完善（含報到、停車、工作人員態度…等）					
其他 建議	1. 個人的感想與收穫：					
	2. 給主辦（承辦）單位的回饋與建議：					