**基隆市高級中等以下學校及幼兒園兒童青少年精神醫學專科醫師**

**駐點專業諮詢服務申請單**

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|  |
| --- |
| 一、個案基本資料姓名： 出生日期： 年 月 日 性別：□男 □女學校： 年級： 轉介老師： 聯絡電話： 學生家長是否已簽署同意書：□是 □否目前輔導狀況：□特教生 □二級開案 □三級開案 □其他  |
| 二、轉介原因* 學生無法至醫院就診
* 家長無法至醫院就診
* 學校輔導困難
* 其他
 |
| 三、主要問題（可複選）□中輟/中離議題 □懼/拒學議題 □長期缺曠課議題 □自殺自傷議題□情緒議題 □行為議題 □人際議題 □學習議題□疑似精神疾病 □親子/家庭議題 □藥物濫用議題 □網路沉迷議題◎ 家庭圖及家庭背景資料：◎ 干擾或困擾行為敘述： |
| 四、學校已實施之處遇措施（請申請學校務必填寫） |

**基隆市高級中等以下學校及幼兒園兒童青少年精神醫學專科醫師**

**駐點專業諮詢服務─評估結果及建議**

|  |
| --- |
| ◎評估結果及建議 □持續輔導 □轉介心理師/社工師 □就醫治療（可複選）◎其他結果及建議（無則免填）評估醫師： 評估日期： 年 月 日 |

**基隆市高級中等以下學校及幼兒園兒童青少年精神醫學專科醫師**

**駐點專業諮詢服務─校/園回饋及後續遇計協助方式**

|  |
| --- |
| 1.本次諮詢對校/園協助個案輔導有幫助 □是 □否 □不適用2.本次諮詢對校/園協助對個案家庭支持有幫助 □是 □否 □不適用3.經本次諮詢後，校/園預計如何協助學生？（請以文字簡述）4.本次諮詢是否有其他建議？（請以文字簡述）填表人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_服務單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_職稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**基隆市114年度高級中等以下學校及幼兒園**

**兒童青少年精神醫學專科醫師駐點專業諮詢服務家長同意書**

基隆市政府教育處（以下簡稱本府）為服務本市學生，提供駐點心理醫療專業諮詢服務。貴子女經學校評估，適合透過這項資源的協助，幫助他提高學校適應能力，增進學習效益，或提供家長更進一步照護子弟的方向，但依照規定，接受這樣的服務需要獲得家長或監護人的同意，因此， 我們對這項服務的內容和家長或監護人應盡的義務做了以下簡要說明，請您詳讀後，若同意接受服務，請簽名後交回學校輔導室。

壹、服務說明：

一、費用：免費（諮詢費用由本府全額負擔）。

二、目的：透過專業心理醫療人員的專業學養，提供本市學生與家長最近、最方便的諮詢服務，並在專業保密原則下（不會留下病歷記錄、不開藥、只作專業評估及建議），落實輔導或特教工作，以協助學生提高學習適應能力。

三、服務方式：由具有兒童青少年專長之專業心理醫療人員，於輔諮中心或特資中心進行諮詢，並由就讀學校人員陪同個案前往（高級中等以下學校若家長可同行更佳；學前家長務必陪同），每次諮詢以 80 分鐘為原則。

貳、家長或監護人應盡義務：

一、請假：因故需取消諮詢者，請於諮詢日3天前電話知會就讀學校輔導室/特教組，以便回報並取消。

二、配合輔導：經專家研究，結合學校、家庭、專業人員的協力合作，輔導成效最為顯著， 因此請家長務必與校方合作，共同協助學生。

三、倘學生有下列情事者，請家長或監護人務必告知諮詢人員，以利心理專業醫療人員提供適當有效的協助：

（一）曾罹患精神疾病或正在服藥者。

（二）有自殺或自傷之企圖、計畫或經歷者。

（三）目前正使用其他相關諮詢資源者。

### ◎本人已詳讀上述規定

□願意配合，同意子女接受本項諮詢服務，並同意教師交通接送。

□不同意接受本項諮詢服務，原因： 。

學生姓名：

就讀學校：

就讀班級： 年 班

學生家長簽名： 於 年 月 日