

屏東縣學生輔導諮商中心 113 年度醫師駐點諮詢服務計畫

一、 依據：教育部 113 年度補助屏東縣政府辦理學生輔導諮商中心實施計畫。

二、 目的：

(一) 期待能透過專業醫療資源合作機制，以面談的形式，協助家長與學校了解學生狀況，認識醫療資源可能的介入模式，減少家長、學校及學生對於就醫及服用精神藥物之疑慮，提高學生使用醫療服務的機會。

(二) 藉由醫師駐點諮詢服務，提升學校、家長、學生及專輔人員與專業醫療的可近性，透過醫師的評估建議，針對不同學生討論可行之協助方式。

三、 主辦單位：屏東縣政府教育處

四、 承辦單位：屏東縣學生輔導諮商中心、屏東縣萬巒鄉五溝國民小學

五、 協辦單位：屏東縣屏東市勝利國民小學、屏東縣立枋寮高級中學、屏東縣潮昇國民小學

六、 辦理資訊：

(一) 屏北區

113 年 10 月 30 日、11 月 27 日，14:00-17:00 於本縣勝利國小(屏東市蘭州街 2 號)。

(二) 屏中區

1. 113 年 11 月 05 日 09:00-12:00 於本縣枋寮高中 (屏東縣枋寮鄉新龍村義民路 3 號)。

2. 113 年 11 月 13 日 14:00-17:00 於本縣潮昇國小 (屏東縣潮州鎮北門路 25 號)。

*如有異動另行公告於屏東縣學生輔導諮商中心網站。

七、 服務對象：

屏東縣縣轄之高國中小及幼兒園學生。

八、服務地點：屏東市勝利國小、潮州鎮潮昇國小、枋寮鄉枋寮高中

九、活動說明：

(一) 申請方式：即日起開放申請，因名額有限，如學校評估學生有此需求，請先電洽中心主責業務輔導員是否尚有名額，並最晚於辦理前三週於屏東縣學校輔導個案 e 化整合管理系統 ([http://www. pthgsc. ptc. edu. tw/](http://www.pthgsc. ptc. edu. tw/)) 提出服務申請，勾選 其他，填寫申請醫師駐點諮詢服務，並註明欲申請場次。

● 連絡電話：

屏北區 吳紀 專業輔導人員 08-7956073 #15 (星期一~三)

或 08-7337192 (星期四~五)

屏中區 敖昱婷專業輔導人員 08-7337192

● 連絡信箱：pthg.scc@gmail.com

(二) 服務方式：系統受理學校申請後，中心將以電話通知申請學校，請家長、教師於預約時段帶學生出席，以利醫師現場評估學生狀況。詳見附件一之流程圖。

(三) 服務內容：

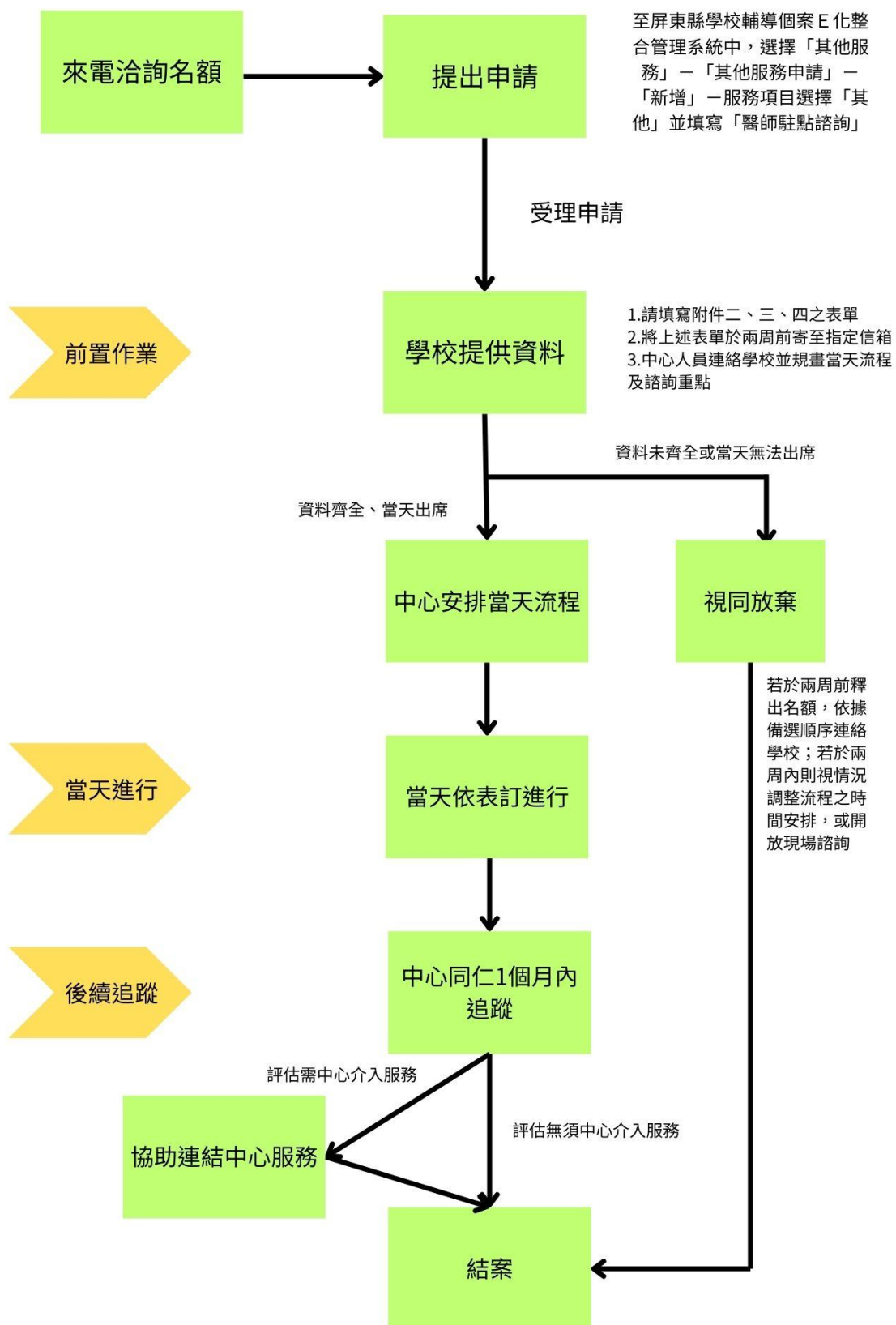
1. 兒童及青少年疑似精神症狀辨識及說明。
2. 心理衛教。
3. 受服務學生後續醫療建議及日常生活因應策略討論，含用藥建議等。

十、經費概算：本計畫經費由屏東縣學生輔導諮商中心「113 年度學生輔導諮商中心實施計畫」相關經費支應。

十一、預期效益：健全輔諮中心三級輔導機制，落實輔導專業，提昇輔導工作成效並建立穩定之專業資源合作機制，有效統整及結合資源，建構完善健全本縣之學校三級輔導體制。

十二、本計畫經核准後實施，修正時亦同。

申請流程圖



113 年度屏東縣教育處醫師駐點諮詢服務 同意書

本人_____就讀：_____，同意接受屏東縣學生
輔導諮商中心暨生命教育中心學校提供之醫師駐點諮詢服務。

茲同意陪同出席或交通接送人員，名單詳如勾選：(可複選)

- 本人/家庭成員
- 就讀學校之班導師/學校教師
- 社工(單位名稱：_____)
- 其他：_____

此 致

屏東縣學生輔導諮商中心暨生命教育中心學校

同意人簽名：

家長/法定代理人簽名：

與學生之關係： 父； 母； 其他：_____

聯絡電話：

聯絡地址：

中 華 民 國

年

月

日

屏東縣學生輔導諮商中心醫師駐點諮詢服務計畫

個案評估表(L1)

(DSM-5 Parent/Guardian-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 6–17)

學生姓名： 性別： 校名： 年級：
 生理限制： 特殊病史：
 填表人： 電話：

	過去兩周內，孩子發生以下描述的頻率/程度……	無 從沒發生	輕微 一至二天	輕度 數天	中度 超過一周	重度 幾乎每天	計分 臨床工作者用
I	1. 抱怨腹痛、頭痛或其他疼痛。	0	1	2	3	4	
	2. 說他/她擔心自己的健康或擔心自己生病。	0	1	2	3	4	
II	3. 因難以入睡、不能保持睡眠狀態或容易醒來而感到困擾。	0	1	2	3	4	
III	4. 因不能專心上課、做作業、閱讀或玩遊戲而感到困擾。	0	1	2	3	4	
IV	5. 跟以前相比，對於做事的樂趣減少。	0	1	2	3	4	
	6. 處於難過或低落的狀態達數小時。	0	1	2	3	4	
V&VI	7. 比平常更煩躁或更容易被激怒。	0	1	2	3	4	
	8. 感到憤怒或發脾氣	0	1	2	3	4	

VII	9. 同時開始做比平常更多的事項或比平常做更多冒險的事。	0	1	2	3	4	
	10. 比平常睡得更少但仍精力充沛。	0	1	2	3	4	
VIII	11. 感到緊張、焦慮或害怕。	0	1	2	3	4	
	12. 不停地擔心。	0	1	2	3	4	
	13. 因為感到緊張而無法完成想做的事或應該做的事。	0	1	2	3	4	
IX	14. 聽到有聲音在談論他/她、告訴他/她去做什麼事，或在講他/她的壞話，但其實沒有人在那。	0	1	2	3	4	
	15. 在完全清醒時，眼前會呈現一些人事物，而這些事其他人看不見的。	0	1	2	3	4	
X	16. 有一些想法不斷湧入腦海，關於他/她將會去做不好的事或那些事將發生在他/她身上。	0	1	2	3	4	
	17. 必須反覆的檢查某些事或物，比如是否鎖了門或東西是否還在。	0	1	2	3	4	
	18. 擔心接觸到的東西是骯髒的、有毒的或有細菌。	0	1	2	3	4	
	19. 不得不以一種特定的方式做事，例如大聲說話、屬數以阻止不好的事發生。	0	1	2	3	4	
請翻背面							

過去兩週內，孩子是否.....

XI	20. 飲用過酒精飲料（啤酒、紅酒、含酒精飲料等）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚
	21. 抽菸？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚
	22. 施用毒品（大麻、古柯鹼、搖頭丸、迷幻藥、海洛英、強力膠或冰毒等）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚
	23. 在沒有醫生處方的情況下使用任何藥物，如止痛藥、興奮劑、鎮靜劑或安眠藥等？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚
XII	24. 過去兩週內是否考慮或計畫自殺？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚
	25. 是否曾經自傷或自殺？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不清楚

Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All Rights Reserved. This material can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.

屏東縣學生輔導諮商中心醫師駐點諮詢服務計畫

國民__學 個案概述表

主要議題 (可複選)	A 個人議題	<input type="checkbox"/> 01. 情緒困擾 <input type="checkbox"/> 02. 偏差行為 <input type="checkbox"/> 03. 人際困擾 <input type="checkbox"/> 04. 自我探索 <input type="checkbox"/> 05. 自傷 <input type="checkbox"/> 06. 自殺 <input type="checkbox"/> 07. 性別議題 <input type="checkbox"/> 08. 感情困擾 <input type="checkbox"/> 09. 學習困擾 <input type="checkbox"/> 10. 生涯議題 <input type="checkbox"/> 11. 網路成癮 <input type="checkbox"/> 12. 物質濫用 <input type="checkbox"/> 13. 哀傷/失落 <input type="checkbox"/> 14. 生活適應 <input type="checkbox"/> 15. 創傷反應 (說明：不願回憶創傷事件、過度警覺易驚嚇、緊張、焦慮、憂鬱、易怒、睡眠困難、呼吸困難等。)	B 家庭議題
		(簡述)	
		C 校園議題	
		<input type="checkbox"/> 01. 師生關係 <input type="checkbox"/> 02. 校園霸凌 <input type="checkbox"/> 03. 中輟 <input type="checkbox"/> 04. 拒學 <input type="checkbox"/> 05. 懼學	
		D 兒少保護	
		<input type="checkbox"/> 01. 家暴 <input type="checkbox"/> 02. 目睹家暴 <input type="checkbox"/> 03. 性騷擾 <input type="checkbox"/> 04. 性侵害 <input type="checkbox"/> 05. 性剝削(性猥褻/性交易)	
學生主要困擾行為：(須包含學生之行為態樣、頻率、強度、恢復到學生平常狀態所需之時間及處理方法，由誰處理)			
家庭狀況：(含同住成員、家族病史、家庭遭遇之重大變故、家長管教方式、主要照顧者變遷及家庭氛圍等)：			
服務期待：			

填寫人：_____