基隆市115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計畫

一、依據：

（一）衛福部115年度嚴重情緒行為者精神醫療就醫障礙改善及精神病早期介入計畫

（二）基隆市115年度友善校園學生事務與輔導工作計畫

（三）基隆市115年度特殊教育工作計畫

二、目的：結合醫療與輔導、特教系統，共同建構本市學校及幼兒園心理衛生服務網絡，對校/園內心理、行為、情緒、人際等各種適應障礙之學生，提供評估及轉介建議，並透過專業諮詢，提升教師輔導知能與技巧。

三、主辦單位：基隆市政府教育處

四、協辦單位：臺北市立聯合醫院松德院區

五、承辦單位：基隆市輔導諮商中心（以下簡稱輔諮中心）、基隆市身心障礙特殊教育資源中心（以下簡稱特資中心）

六、實施期間：115年1月至12月（寒暑假除外）

七、參與對象：

（一）學校及幼兒園之高關懷學生，經學校輔導團隊評估有就醫需求但目前難以執行者。

（二）就讀本市高級中等以下學校及幼兒園，經鑑輔會鑑定為確認或疑似特教學生，有持續性情緒行為問題，由學校團隊評估後具醫療專業諮詢需求者。

八、實施方式

（一）服務方式

1. 有特教資格之學生（含疑似生）請將資料送至身心障礙特殊教育資源中心，其餘狀況之學生請送至學生輔導諮商中心。
2. 學校及幼兒園高關懷學生但目前就醫困難者，請學校循三級輔導機制向學生輔導諮商中心提出申請。
3. 本府每月排定一次半天(3小時)時間，邀請兒童青少年精神醫學專科醫師提供諮詢服務，每次以2至3名學生為原則；各校學生中倘有需接受服務者，請先致電身心障礙特殊教育資源中心/學生輔導諮商中心確認預約時間並於預約後**7天內**將填妥暨核章完成之服務諮詢申請單，併同針對案生之觀察或相關紀錄等紙本送至特殊教育資源中心/學生輔導諮商中心。
4. 若申請學生過多，則依書面資料申請日期之先後並考量情緒行為問題嚴重程度，安排於下一次諮詢服務時段。

（二）學校參與方式

1. 轉介之學生，應檢附家長同意書及學校之觀察資料或輔導紀錄，務必由學校指定輔導人員或教師陪同至指定地點進行諮詢，必要時得邀請家長或其他人員參與。
2. 高級中等以下學校倘學生或家長無法前往參加，可由教師及輔導人員攜帶學生之觀察資料或輔導紀錄，與醫師進行討論。
3. 學前階段不具特教學生身分之學生，家長務需參加。
4. 請各校准予陪同參加之輔導人員或教師公假排代。

（三）為評估本諮詢服務計畫之成效性，請申請學校於諮詢服務後填寫回饋，並協助追蹤學生後續輔導處遇情形。

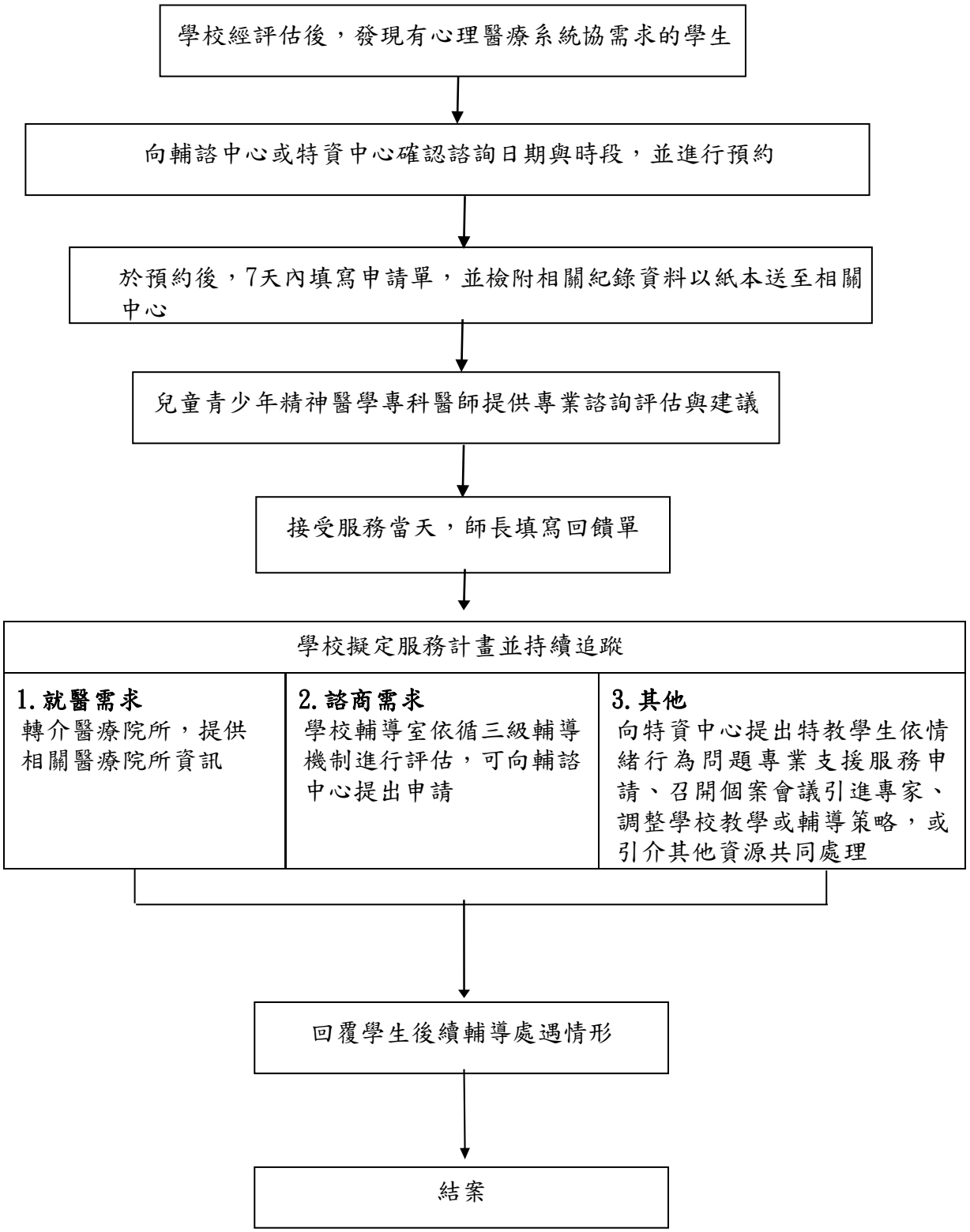
九、服務時間：請參考附件。

十、預期效益：藉由專業人力協助，提升學校及幼兒園輔導知能，預防危機事件發生率。

十一、獎勵：辦理本項活動有功人員從優獎勵。

十二、本計畫奉核後實施，修正時亦同。

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處理流程



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、學生基本資料

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/園回饋及後續預計協助方式

1. 本次諮詢對校/園協助學生輔導有幫助　□是　□否　□不適用

2. 本次諮詢對校/園協助對學生家庭支持有幫助　□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學生前往（若家長可同行更佳），每次諮詢以 45 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，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