

# 教育部學生輔導諮商中心-雲林區駐點服務學校

## 醫師諮詢紀錄表

學校: \_\_\_\_\_

案號: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

年級: \_\_\_\_\_

年齡: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

本次諮詢對象: 家長\_\_\_\_位, 教師\_\_\_\_位, 專業人員\_\_\_\_位, 其他人員:\_\_\_\_位

請勾選本次諮詢個案問題分類:

<p><input type="checkbox"/> <b>C01.精神病癥:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 思覺失調症</li> <li><input type="checkbox"/> 妄想症</li> <li><input type="checkbox"/> 情感思覺失調症</li> <li><input type="checkbox"/> 物質/醫藥引發的精神病症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C02.情緒障礙病癥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 雙相情緒障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 憂鬱症</li> <li><input type="checkbox"/> 物質/醫藥引發的情緒障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C03.焦慮病徵</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 分離焦慮症    <input type="checkbox"/> 恐慌症</li> <li><input type="checkbox"/> 選擇性不語症   <input type="checkbox"/> 社交焦慮症</li> <li><input type="checkbox"/> 特定畏懼症</li> <li><input type="checkbox"/> 廣泛性焦慮症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C04.強迫病癥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 強迫症</li> <li><input type="checkbox"/> 拔毛症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C05.創傷及壓力相關</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 反應性依附障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 創傷後壓力症</li> <li><input type="checkbox"/> 急性壓力症</li> <li><input type="checkbox"/> 適應障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C06.飲食障礙症</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 暴食症</li> <li><input type="checkbox"/> 厭食症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <b>C07.人格障礙病癥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 一般人格障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> A群人格障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> B群人格障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> C群人格障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C08.物質相關及成癮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> _____ 使用障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C09.神經發展障礙病癥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 智能不足        <input type="checkbox"/> 溝通障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 自閉症類群障礙症   <input type="checkbox"/> 注意力不足/過動症</li> <li><input type="checkbox"/> 特定的學習障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 動作障礙症</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C10.其他病徵類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 解離症: _____</li> <li><input type="checkbox"/> 身體症狀相關症: _____</li> <li><input type="checkbox"/> 睡醒障礙症: _____</li> <li><input type="checkbox"/> 性別不安/性偏好/性功能障礙: _____</li> <li><input type="checkbox"/> 侵擾行為、衝動控制及行為規範障礙症: _____</li> <li><input type="checkbox"/> 認知類障礙症: _____</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>C11.其他問題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 關係問題(如親子、伴侶、手足)</li> <li><input type="checkbox"/> 虐待或照顧疏忽相關聯之問題 (如:對兒童之身體虐待或性虐待等)</li> <li><input type="checkbox"/> 醫療不合作</li> <li><input type="checkbox"/> 其他: _____</li> </ul>
--	--

本次諮詢結果:  當次結案    下次繼續會談追蹤, 預約諮詢:   年 月 日 時

簡要敘述本次諮詢之評估:

建議後續處遇方式:

是否需要立即就醫: 否 是, 建議就診醫院/診所:

建議後續服務: 心理諮商 家庭諮商/親子諮詢 藥物治療 住院治療

其他:

後續轉介服務: 否

是, 轉介至:

雲林縣學生輔導諮商中心(雲林縣政府)(縣立高中及國中小)

教育部學生輔導諮商中心(雲林區駐點服務學校:斗六家商)(公私立高中職)

其他:

醫師簽名:

填寫日期: 年 月 日

※本諮詢紀錄若學校轉介端有專業討論需求可再向中心索取複本。