

臺北市立民族國民中學 105 年度精神科醫師駐區專業諮詢服務計畫 (南區:大安區、文山區)

一、依據

- (一) 教育部 105 年度友善校園學生事務與輔導工作計畫。
- (二) 臺北市 105 年度友善校園學生事務與輔導工作輔導團計畫。
- (三) 臺北市 105 年度國中學生輔導工作執行小組計畫。

二、目的：

結合醫療與諮商輔導系統，共同建構本市校園心理衛生服務網絡，對校園內心理、行為、情緒、學習、人際等各種適應障礙之學生，提供評估、轉介服務，並透過專業諮詢，提昇教師輔導知能與技巧。

三、主辦單位：臺北市政府教育局、臺北市政府衛生局

四、協辦單位：臺北市立聯合醫院松德院區

五、承辦單位：臺北市立民族國民中學

六、實施期間：105 年 1 月至 12 月（寒暑假除外）

七、參與對象：本市各級學校教師及學生

八、實施方式：

(一) 服務方式：

- 1、隔週排定半天 3 小時時間，聘請精神科醫師提供諮詢服務，每次以 3 名個案為原則；各校學生中倘有需要專業心理人員提供服務者，請於 **3 天前**填寫服務諮詢通報單，以電子檔或傳真方式送至中心學校進行預約，傳送後並以電話確認及商討細節。
- 2、經醫師評估有接受諮商之需求者，除轉介衛生局社區心理衛生中心及其委託機構、行政區社區諮商服務外，亦可就服務諮詢通報單內醫師評估與建議結果，至本市 12 區心理師駐區中心學校申請 7 次免費諮商服務。

(二) 學校提報之個案倘**超過 2 名以上**，且於**一週前**完成預約程序者，中心學校可視駐區精神科醫師狀況安排醫師親臨學校進行服務。

(三) 轉介之學生，應檢附家長同意書，由學校輔導人員或教師陪同至中心學校進行諮詢，必要時得邀請家長或其他人員參與；參加教師及學生准予公假。倘學生或家長無諮詢意願，可由教師及輔導教師代表，攜帶學生輔導紀錄與醫師進行研商。

九、105 年 10 至 12 月服務時間：

(一) 諮詢醫師：臺北市立聯合醫院松德院區蔣立德醫師

(二) 諮詢日期及時間：(1)10 月 07 日星期五，下午 1:30-4:30 (2)10 月 21 日星期五，下午 1:30-4:30 (3)11 月 04 日星期五，下午 1:30-4:30 (4)11 月 18 日星期五，下午 1:30-4:30 (5)12 月 2 日星期五，下午 1:30-4:30 (6)12 月 16 日星期五，下午 1:30-4:30 (7)12 月 20 日星期二下午 1:30-4:30

※ 每次以 3 名個案為原則，並請轉介學校之**輔導老師**或**特教老師**務必出席。

(四) 1. 學校地址：台北市大安區羅斯福路 4 段 113 巷 13 號

2. 學校電話：02-2732-2935 轉 242、245 輔導室；傳真：02-2732-5408

※ 傳送後務必以電話確認及商討細節

3. 聯絡人：輔導組長-吳思璇(分機 242)；專任輔導老師-林學琪(分機 245)

4. 交通資訊：



(1) 公共汽車 - 站名:公館

經羅斯福路公館站：0 南，1，52，74，207，208，236，251，252，253，254，278，280，284，291，505，530，606，642，644，648，668，671，672，673，敦化線，綠 11 等

經基隆路公館站：1、254、275、625、647、650、671，673、907、敦化線，綠 11、棕 12 等

(2) 長途客運 (站名:公館)

經羅斯福路公館站：台北--基隆，台北--烏來，台北--坪林，台北--宜蘭--羅東

經基隆路公館站：新店--基隆，台北--基隆，板橋--基隆，台北--龍潭（小人國、六福村）等

(3) 捷運(站名:公館)

新店線（公館站 2 號出口步行約 10 分鐘即可抵達）

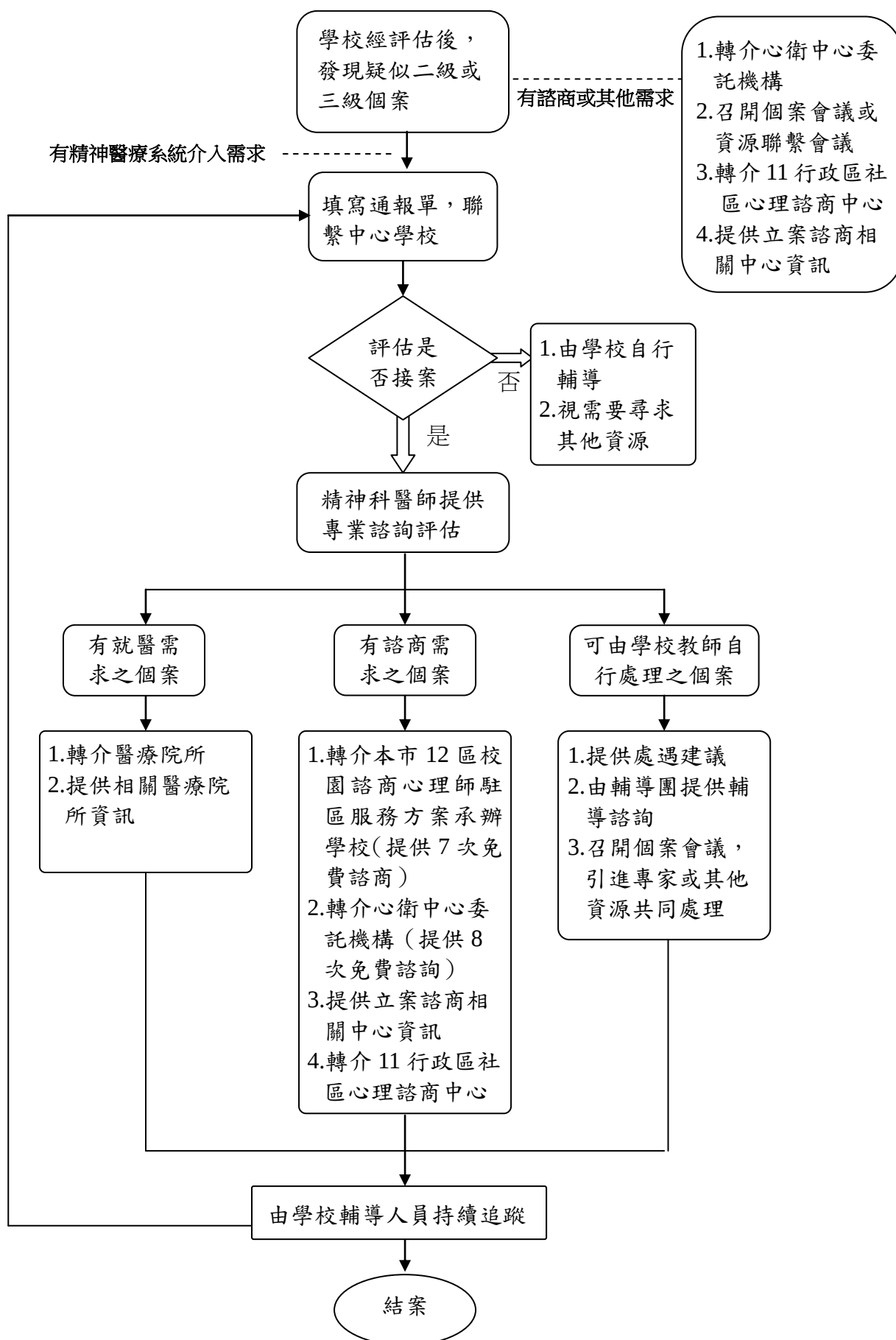
十、預期效益：藉由專業人力協助，降低校園危機事件發生率，提升學校輔導知能。

十一、經費：由臺北市政府教育局相關經費項下支應。

十二、獎勵：辦理本項活動有功人員從優獎勵。

十三、本計畫奉核後實施，修正時亦同。

校園精神醫療諮詢服務處理流程



臺北市國民中學 105 年度精神科醫師駐區專業諮詢服務通報單

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

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

- ☐ 情緒問題
☐ 行為問題
☐ 人際問題
☐ 學習問題
☐ 疑似精神疾病
☐ 其他 _____
◎ 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）

五、評估結果及建議

評估醫師：_____

評估日期：____年____月____日

臺北市國民中學 105 年度精神科醫師駐區專業諮詢服務家長同意書

臺北市政府教育局為服務本市學生，推出駐區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涵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。

一、服務說明：

- 一、費用：免費（晤談費用由教育局全額負擔）。
- 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），落實輔導工作，以協助學生提高學習適應能力。
- 三、服務方式：由具有專業證照且有青少年晤談經驗之心理專業醫療人員，於駐區學校進行晤談，並由就讀學校人員陪同個案前往（若家長可同行更佳），每次晤談以 45 分鐘為原則。

二、家長或監護人應盡義務：

- 一、請假：因故需取消晤談者，請於晤談日三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晤談人員，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。

-----請沿線撕下-----

本人已詳讀上述規定，

☐ 願意配合，並同意子女接受本項青少年晤談服務。

☐ 不同意接受本項青少年晤談服務，原因是_____

子女就讀班級：____年____班 姓名_____

學生家長簽名：_____ 於____年____月____日