

個案學校		開案時間	年 月 日	輔導次數						
個案姓名		性 別		年 齡						
個案問題描述										
輔導成效評估 (請針對問題簡要描述)										
<p>一、 學校輔導策略：</p> <p>由學校召開個案會議，評估啟動三級輔導(1. <input type="checkbox"/>班級導師或認輔老師關懷、2. <input type="checkbox"/>輔導室個案/團體輔導、3. <input type="checkbox"/>轉介本局學生輔導諮商中心、4. <input type="checkbox"/>其他_____ (諮商輔導機構)</p> <p>二、 學校輔導過程：</p> <p>三、 對學生的評估與預防措施：晤談評估以下六項，請在<input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無處擇一打勾</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:10%; text-align:center; vertical-align:middle;">家庭暴力 (必填)</td> <td style="width:20%; text-align:center;">1. 受暴評估</td> <td> <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 1. 酒：最近 30 天有沒有再看到家中有人喝酒，誰?____，一週____天。 <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 2. 睹：最近 30 天有沒有再看到家中有人打架，誰? (____打____)、(____打____) <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 3. 打：最近 30 天自己有沒有被打?誰(____打自己)因為何事 <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 4. 其他： </td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">2. 創傷評估</td> <td> <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 1. 怕：會否害怕家中發生甚麼事?_____ <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 2. 睡：睡覺時會否睡不好?簡述情形_____ <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 3. 偏：(輔導教師或人員評估)詢問導師等、有無在校內外有偏差行為。 若有，為何_____ <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 4. 其他： </td> </tr> </table> <p>四、 學校輔導成效：</p> <p>五、 建議和檢討：</p>						家庭暴力 (必填)	1. 受暴評估	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1. 酒：最近 30 天有沒有再看到家中有人喝酒，誰?____，一週____天。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 睹：最近 30 天有沒有再看到家中有人打架，誰? (____打____)、(____打____) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 打：最近 30 天自己有沒有被打?誰(____打自己)因為何事 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 其他：	2. 創傷評估	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1. 怕：會否害怕家中發生甚麼事?_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 睡：睡覺時會否睡不好?簡述情形_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 偏：(輔導教師或人員評估)詢問導師等、有無在校內外有偏差行為。 若有，為何_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 其他：
家庭暴力 (必填)	1. 受暴評估	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1. 酒：最近 30 天有沒有再看到家中有人喝酒，誰?____，一週____天。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 睹：最近 30 天有沒有再看到家中有人打架，誰? (____打____)、(____打____) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 打：最近 30 天自己有沒有被打?誰(____打自己)因為何事 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 其他：								
	2. 創傷評估	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1. 怕：會否害怕家中發生甚麼事?_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 睡：睡覺時會否睡不好?簡述情形_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 偏：(輔導教師或人員評估)詢問導師等、有無在校內外有偏差行為。 若有，為何_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 其他：								
評估結果	<input type="checkbox"/> 結案 (<input type="checkbox"/> 輔導完成 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 繼續接受輔導服務 <input type="checkbox"/> 其他									

班級導師或輔導教師：

處室主任：

校長：

注意：學校提供輔導三個月內填寫本表一式兩份，並以密件公文回覆學校所屬主管機關及防治中心。