

臺北市立文山特殊教育學校

心理治療轉介單

負責老師：_____ 轉介日期：_____年_____月_____日

學生姓名：_____ 學部：高職部國中部國小部幼兒部

班級：_____年_____班

學生障礙：(可複選)

注意力缺陷過動症(ADHD) 自閉症(Autism) 腦性麻痺(CP)

發展遲緩(Developmental Delay) 唐氏症(Down' s syndrome)

癲癇(Epilepsy) 智能障礙(MR) 其他：_____症

轉介問題：(可複選)

- 態度：不合作 拒絕回應 對立反抗 過度防禦 過度禮貌 過度順從
- 注意力：不專心 持續性短暫 常發呆 無法完成交付事項 常轉換活動內容
- 活動量：無法坐在座位上、四處走動 在座位上，身體常動來動去
常處於活躍狀態 話多 活動量過低 常靜止不動
- 衝動：無法等待輪流 常打斷他人說話
- 行為：尖叫 哭鬧 傻笑 發怪聲 製造聲響 故意尋求他人注意
無法遵守教室規定
- 攻擊：打、咬、掐、踢他人 未經同意，任意碰觸他人身體

破壞物品、教材 亂丟擲東西 說髒話、亂講話

- 自閉：自言自語 過度自我刺激行為 自傷行為 對特定刺激過度有興趣
反覆、刻板行為 固執、堅持度過高
- 人際：無明顯互動需求 缺乏眼神互動 自閉、疏離 常與同儕衝突
常被同儕排斥 社交技巧不成熟
- 學習：對教學內容無明顯回應 無明顯學習動機 拒絕學習 逃避學習
選擇性學習 挫折忍受力低 害怕嘗試 害怕失敗
- 特質：個性退縮 被動 過度依賴 過度黏大人
缺乏自信心 自尊心低落
- 情緒：焦慮 憂鬱 易緊張 害怕恐懼 易怒 躁動 情緒穩定性差
情緒反應強度微弱 對批評過度敏感 負面思考，常出現不好的想法
- 其他：

請描述

優先處理順序：(請依希望優先處理順序，將上述勾選問題填入以下空格)

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

臨床心理師：_____ 治療日期：_____年 _____月 _____日