

臺北市立文山特殊教育學校相關專業服務需求轉介單

轉介者：_____ 轉介日期：____年__月__日

學生姓名：_____ 學部：高職國中國小幼兒部 班級：_____班

出生日期：____年__月__日（年齡：__歲） 性別：_____

住家地址：_____ 聯絡電話：_____

學生障礙：（可複選）

- 注意力缺陷（ADD）或注意力缺陷過動症（ADHD） 腦性麻痺（CP）
- 自閉症（Autism）或亞斯柏格症（Asperger） 智能障礙（MR）
- 癲癇（Epilepsy） 唐氏症（Down's syndrome） 罕見疾病：_____
- 發展遲緩（Developmental Delay） 其他_____

主要照顧者：_____（關係：_____）、次要照顧者：_____（關係：_____）

家庭成員：1. 同住者：_____ 2. 不同住者：_____

學生及家庭問題陳述	就 養	家庭功能	<input type="checkbox"/> 因親子關係不佳，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因父母關係不佳，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因手足關係不佳，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因與其他家人間關係不佳，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家人對學生有無法接受、焦慮不安、傷心、憂慮、無力、絕望、歉疚等情緒問題，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家人對學生有冷漠、批評指責、過分保護、不當期待或過度包容等態度問題，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因教養知能不足，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家庭經濟困難，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家中另有其他身心障礙成員，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家庭本身社會功能不佳，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家庭背景特殊，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家庭缺乏可用之支持系統，而對學生造成_____影響
			居住環境
		課後安置	<input type="checkbox"/> 因流連電玩場所，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因參與幫派，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 因家中無人照顧，而對學生造成_____影響
	就醫	健康就醫	<input type="checkbox"/> 需定期就醫治療但未就醫，而對學生造成_____影響
			<input type="checkbox"/> 雖規則問診拿藥但未服藥，而對學生造成_____影響

		<input type="checkbox"/> 因濫用藥物或成癮行為，而對學生造成_____影響
高風險家庭	<input type="checkbox"/> 曾(現)涉及兒童少年保護案件(例如：身心虐待、剝奪或妨礙接受教育、迫使從事不當行為等)，而對學生造成_____影響	
	<input type="checkbox"/> 曾(現)為高風險家庭(例如：家庭衝突或關係紊亂、主要照顧者身心狀態不佳或有自殺風險等)，而對學生造成_____影響	
其他	(非上述行為請個別說明之)	
老師已協調或提供之服務(可複選)	<input type="checkbox"/> 學生家庭訪視或輔導：_____ <input type="checkbox"/> 曾轉介教務處復健組之專業團隊：_____ <input type="checkbox"/> 曾轉介學務處輔導組：_____ <input type="checkbox"/> 安排學生認輔工作：_____ <input type="checkbox"/> 召開個案討論(研討)會：_____ <input type="checkbox"/> 申請學生經濟補助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	
曾轉介或尋求協助之單位(可複選)	<input type="checkbox"/> 已通報兒童少年保護及高風險家庭，通報結果：_____ <input type="checkbox"/> 學生家庭已有社會局(或機構)之社工介入，協助重點為：_____ <input type="checkbox"/> 申請臺北市特教資源中心協助：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	
期待社工協助之重點		
家長對社工接受程度	<input type="checkbox"/> 已告知且願意接受社工服務 <input type="checkbox"/> 已告知但未有心理準備將有社工服務 <input type="checkbox"/> 未告知會有社工服務介入協助，原因：_____	
社工介入之建議及提醒事項		

轉介社工服務回復單

- 一、工作對象
- 二、評估日期
- 三、評估結果
- 四、工作計畫

社會工作師：_____ 回復日期：_____ 復健組長：_____

