

臺南市政府教育局所屬學校學生精神健康服務實施計畫

108年5月7日

南市教安(一)字第1080318397號函

一、依據：

- (一)校園學生自我傷害三級預防工作計畫(教育部103年1月8日臺教學(三)字第1020190903號函修正發布)。
- (二)臺南市政府教育局推動學生心理健康重點工作。

二、目的：

建立本局所屬學校學生精神健康服務流程，以協助學校於知悉學生疑似有精神疾病時，能夠連結本市精神與心理衛生資源，完善校園學生精神健康安全網絡。

三、適用範圍：

本局所屬學校學生疑似有精神疾病，經學校輔導人員評估有就診需求，需要專業的心理衛生醫療人員提供相關服務者，始進入此服務流程，流程圖如附件一。

四、服務流程及內容說明：

- (一)學校輔導人員評估疑似精神疾病學生有就診需求。
- (二)詢問家長意願：學校評估學生有就診需求後，由學校承辦業務窗口主動聯繫家長，說明服務流程並瞭解家長讓學生接受服務的意願。
 - 1、家長同意學生接受服務：學校填具「學生精神健康服務單」第一聯(如附件二)並留存校內；「學生精神健康服務單」第二聯交由家長陪同就醫後繳回學校。
 - 2、家長不同意學生接受服務：由學校續行校內輔導機制或轉介相關單位，並造冊列管(如附件三)。
- (三)實際就醫追蹤：
 - 1、未就醫：家長同意學生接受服務，但未實際陪同就醫，學校承辦業務窗口自行追蹤輔導，並造冊列管。
 - 2、已就醫：家長陪同就醫後繳回回覆單，學校承辦業務窗口追蹤輔導，造冊列管並回報教育局學輔科業務承辦人備查(如附件三)。
- (四)造冊列管及回報：
 - 1、學校：學校業務承辦窗口就校內個案進行造冊列管、評估啟動各級輔導機制、主動連結合適資源或提供相關單位服務，並將已就醫個案造

冊名單回報教育局備查。

2、教育局：教育局學輔科業務承辦人就各級學校回報之已就醫個案名冊，於每月 10 日前彙整轉知本局學生輔導諮商中心。

五、學生精神健康服務相關表單如後附件一—附件三：

(一)學生精神健康服務流程圖(附件一)

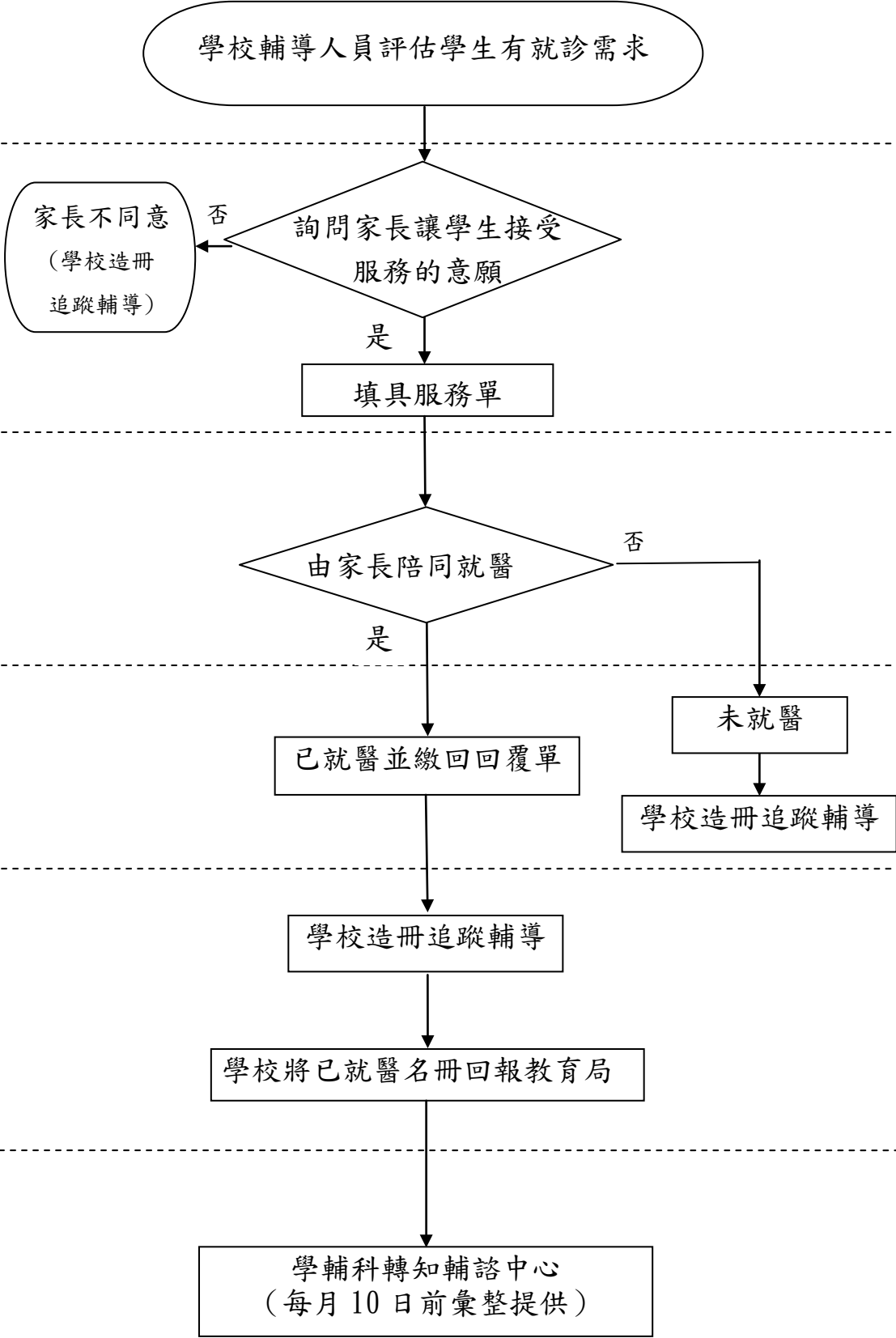
(二)學生精神健康服務單(附件二)

(三)學生精神健康服務追蹤輔導名冊(附件三)

六、本計畫陳核後實施，修正時亦同。

臺南市政府教育局所屬學校 學生精神健康服務流程圖

行政作業流程



臺南市政府教育局〇〇國中（小）學生精神健康服務單

申請日期： 年 月 日

學校/年級	〇〇區〇〇國中（小） 〇年〇班	學生姓名		性別	
出生日期	〇〇年〇〇月〇〇日	家長		聯繫電話	(宅) (手機)
學校窗口與 聯繫電話		家長聯 繫地址			
須協助原因 說明 (可複選)	<input type="checkbox"/> 疑似精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他				
資訊來源 (可複選)	<input type="checkbox"/> 學生本人 <input type="checkbox"/> 學生家長（請註明與個案關係）_____				
	<input type="checkbox"/> 學校人員 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
承辦人員/ 導師		輔導 主任		校 長	

（*第一聯，此聯由學校留存）

臺南市政府教育局〇〇國中（小）學生精神健康服務單

看診日期： 年 月 日

學校/年級	〇〇區〇〇國中（小） 〇年〇班	學生姓名		性別	
出生日期	〇〇年〇〇月〇〇日	家長		聯繫電話	(宅) (手機)
學校窗口與 聯繫電話		家長聯 繫地址			
須協助原因 說明 (可複選)	<input type="checkbox"/> 疑似精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他				
已處遇事項 與建議					
醫療院所		醫師		聯繫電話	
				可聯絡時間	

（*第二聯，此聯就醫後，請繳回學校留存。）

臺南市○○國中（小）學生精神健康服務追蹤輔導名冊

序號	年級座號	姓名	學生狀態	接受服務情形	
				未就醫 (各校自行追蹤輔導)	已就醫 (回報教育局)
			<input type="checkbox"/> 疑似精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 一級輔導 <input type="checkbox"/> 二級輔導 <input type="checkbox"/> 三級輔導 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 _____	<input type="checkbox"/> 一級輔導 <input type="checkbox"/> 二級輔導 <input type="checkbox"/> 三級輔導 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 _____ 就醫日期：
			<input type="checkbox"/> 疑似精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 一級輔導 <input type="checkbox"/> 二級輔導 <input type="checkbox"/> 三級輔導 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 _____	<input type="checkbox"/> 一級輔導 <input type="checkbox"/> 二級輔導 <input type="checkbox"/> 三級輔導 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 _____ 就醫日期：
			<input type="checkbox"/> 疑似精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 一級輔導 <input type="checkbox"/> 二級輔導 <input type="checkbox"/> 三級輔導 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 _____	<input type="checkbox"/> 一級輔導 <input type="checkbox"/> 二級輔導 <input type="checkbox"/> 三級輔導 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位 _____ 就醫日期：

承辦人：

聯繫電話：