

國立嘉義特殊教育學校 相關專業團隊服務-心理服務需求評估報告

基本資料

學生姓名：_____ 性別：男 女 出生日期：_____年_____月_____日

班級：高職 國中 國小 幼兒部

學生障礙類別：智障 自閉 多障 其他

學生障礙程度：輕度 中度 重度 極重度

臨床心理服務轉介問題

人際行為相關問題 情緒行為相關問題 偏差行為問題衡鑑與諮詢

高關懷學生追蹤或輔導 親職教養諮詢 其他：

問題說明

預期效益：_____

問題評估：

建議：

服務方式與頻率：

專業人員簽名：

組長：

主任：

導師意見回覆：

教師簽名：_____

家長意見回覆：

同意本人子弟接受服務方式

不同意

家長/監護人簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日