社團法人桃園市赤子心過動症協會親職諮詢紀錄表1120424版 編號

|  |
| --- |
| 一✪ 來電者基本資料 |
| 姓 名 |  | 來電者身份別 | ⬜父 ⬜母 ⬜手足 ⬜學校班導/安親班老師⬜專輔/資源班老師 ⬜社工 ⬜其他  |
| 來 電 日 期 |  年 月 日 **(本會工作人員填寫)** |
| 諮 詢 日 期 |  年 月 日 **(諮詢老師填寫)** |
| 居 住 地 |  縣(市) 區(鄉、鎮、市) |
| 聯 絡 電 話電子信箱/Line ID  | 室內電話： 手機： 信箱： Line ID :  |
|  家 庭 狀 況 | ⬜雙親 ⬜單親 ⬜失親⬜隔代教養  | 家庭經濟狀況 | ⬜富裕 ⬜小康 ⬜清寒 ⬜中低收入戶⬜低收入戶 ⬜負債家庭 ⬜其他 |
| 二✪ 服務對象基本資料(※ 請盡量填寫完整) |
| 姓 名 |  | 性別 / 手足 | ⬜男 ⬜女 ⬜無手足⬜有 個手足  | 生日 | 民國 年 歲 |
| 就學 / 職業 | ⬜幼兒園 班 ⬜國小 年級 ⬜國中 年級 ⬜高中/職 科 □大學 科系 年級 □中輟 ⬜就業 ⬜待業中 □其他  |
| 診斷醫院 / 結果 | ⬜未就醫 □發展遲緩(早療) □疑似ADHD/ADD ⬜已確診ADHD ⬜已確診ADD □合併自閉(共病)□合併亞斯(共病)□合併妥瑞(共病)□合併其他  醫院 醫師(民國 年確診)；⬜有身心障礙手冊證明 ⬜無 |
| 服藥狀況 | ⬜未服藥 □曾服用利他能 □曾服用專思達 □曾服用思銳□現服用利他能 ，一天 次 □現服用專思達 ，一天 次□現服用思銳 □現服用其他 **(本會工作人員或諮詢老師填寫 )** |
| 主要訴求/備註**(本會工作人員)** |   |

 社團法人桃園市赤子心過動症協會親職諮詢紀錄表 編號

|  |
| --- |
| 三✪來電者問題陳述與諮詢建議(**煩請於相對應議題分列點撰寫**) |
| 議題 | 來電者問題陳述 | 諮詢老師回饋/建議  |
| 醫療 |  |  |
| 就學 |  |  |
| 情緒行為 |  |  |
| 親師合作 |  |  |
| 家庭關係 |  |  |
| 諮詢老師  |  □於通話中提供/邀請參加本會活動資訊(講座/家長團體/兒少團體…等) ⬜其他  □來電者表明暫時不需本會後續服務或其他協助 ⬜宜繼續追蹤，原因  |
|  | 簽名:日期: |