

一 ☆ 來電者基本資料

姓名	來電者身份別	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 學校班導/安親班老師 <input type="checkbox"/> 專輔/資源班老師 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 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	室內電話：_____ 手機：_____			
電子信箱/Line ID	信箱：_____ Line ID：_____			
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 失親 <input type="checkbox"/> 隔代教養		家庭經濟狀況	<input type="checkbox"/> 富裕 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 清寒 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 負債家庭 <input type="checkbox"/> 其他

二 ☆ 服務對象基本資料(※ 請盡量填寫完整)

姓名	性別 / 手足	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 無手足 <input type="checkbox"/> 有____個手足_____	生日	民國____年 ____歲
就學 / 職業	<input type="checkbox"/> 幼兒園____班 <input type="checkbox"/> 國小____年級 <input type="checkbox"/> 國中____年級 <input type="checkbox"/> 高中/職____科 <input type="checkbox"/> 大學____科系____年級 <input type="checkbox"/> 中輟 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 其他_____			
診斷醫院 / 結果	<input type="checkbox"/> 未就醫 <input type="checkbox"/> 發展遲緩(早療) <input type="checkbox"/> 疑似 ADHD/ADD <input type="checkbox"/> 已確診 ADHD <input type="checkbox"/> 已確診 ADD <input type="checkbox"/> 合併自閉(共病) <input type="checkbox"/> 合併亞斯(共病) <input type="checkbox"/> 合併妥瑞(共病) <input type="checkbox"/> 合併其他_____			
服藥狀況	<input type="checkbox"/> 未服藥 <input type="checkbox"/> 曾服用利他能 <input type="checkbox"/> 曾服用專思達 <input type="checkbox"/> 曾服用思銳 <input type="checkbox"/> 現服用利他能____，一天____次 <input type="checkbox"/> 現服用專思達____，一天____次 <input type="checkbox"/> 現服用思銳____ <input type="checkbox"/> 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)				

--	--	--	--

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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 來電者表明暫時不需本會後續服務或其他協助 <input type="checkbox"/> 宜繼續追蹤，原因_____	
	簽名: 日期:	