**106年度桃園市藥物濫用學生心理輔導服務**

|  |
| --- |
| **知情同意書** |
| 本人經協助轉介之單位說明，已充分瞭解接受心理輔導之原因、目的及相關權利義務，　茲　同意接受藥物濫用相關心理輔導。本人接受藥物濫用專業輔導團隊因評估需要，而進行之各項心理輔導工作。如評估後確定需治療與協助，亦同意接受相關診療服務。(若本案轉介時，本計畫已額滿，將不提供服務，請見諒。)同意人簽章： 簽章日期：106年 月 日 |

|  |
| --- |
| **壹、受輔導人基本資料（請確實填寫每一欄位）** |
| 學生姓名 |  | 身分證字號 |  | 生日 |  年 月 日 | 性別 | □男 □女 |
| 戶籍地址 |  | 聯絡電話 | 行動 |  |
| 居住地址 |  | 家用 |  |
| 身體狀況 | □正常 □曾罹患重大疾病(\_\_\_\_\_\_\_\_\_)現已痊癒 □罹患慢性疾病(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□具精神病史(\_\_\_\_\_\_\_\_) □舊傷或痼疾(\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □其他(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| 緊急連絡人 |  | 稱謂 |  | 職業 |  | 學歷 |  | 聯絡電話 | 行動 |  |
| 戶籍地址 |  | 辦公 |  |
| 居住地址 |  | 家用 |  |
| **貳、目前就學情形（請註明行政區、學校、幾年幾班）** |
| 就讀學校班級 |  國小/國中/高中(職)/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_科系(無科系則留空)\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_班 |
| **叁、家庭狀況** |
| 家庭組織 | 全家共 人，在兄弟姊妹中排行第 （兄 人，姊 人，弟 人，妹 人） |
| 父母婚姻 | □正常 □未婚同居 □已婚分居 □單親(監護人為□父 □母 □其他 )　　  |
| 主要照顧者 | □父 □母 □祖父母 □兄姐 □其他：　　  |
| 使用語言 | □國語 □台語 □客家語 □其他：　　  |
| 經濟狀況 | □富裕 □小康 □普通 □清寒 □貧困 |
| 居住狀態 | □自有住宅 □租屋 □寄居親友家 □其他  |
| **肆、注意事項：**  |
|  |