

# 113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」計畫書

## 壹、目的：

許多服務中之個案經常伴隨著原生家庭創傷、人際互動關係、工作及經濟壓力等議題，造成極大的情緒困擾，亦讓主責個管社區工作停滯不前。為創造社區心理健康資源專業支撐，讓本市心理衛生服務對象得到適當心理諮商資源，擬結合醫療機構、心理治療所、心理諮商所提供專業之心理諮商服務，協助高關懷個案及其主要照顧者面對自身心理問題，並學習壓力管理及自我調適技巧，俾利提升個案管理服務成效。

**貳、執行機構資格：**經政府核准登記之醫療機構、心理治療所、心理諮商所或其他經機關認可之機構，並經本局審查通過者。

**參、計畫期間：**自計畫核定日起至 113 年 12 月 10 日止。

## 肆、辦理方式：

### 一、服務對象（應符合以下 2 條件）：

- （一）社區關懷訪視員、自殺關懷訪視員、心衛社工、藥癮個案管理員、衛生所（以下稱主責個管）列管服務中之精神照護、自殺關懷、藥癮追輔個案或其主要照顧者等高關懷對象（以下稱個案），經評估有心理諮商需求者。
- （二）無受精神症狀干擾，有足夠能力了解服務內容並同意進行心理諮商服務者。

### 二、服務方式：

- （一）依個案需求及意願提供個別、伴侶或親子諮商，並以面對面心理諮商或通訊心理諮商等方式為之。
- （二）個別諮商每次至少 50 分鐘，每人每年服務次數至多 4 次，經心理師評估有需求者可衡酌展延 1 次，展延服務次數以 4 次為限（服務流程詳如附件 1）。
- （三）伴侶或親子諮商每次至少 80 分鐘，每人每年服務次數至多 2 次，經心理師評估有需求者可衡酌展延 1 次，展延服務次數以 2 次

為限。

- (四) 心理諮商頻率以每週 1 次為限，若評估個案有短期密集服務需求，需由心理師提報心理諮商計畫，經本局同意後始得執行。

### 三、服務內容：

- (一) 本計畫特約機構應安排調派符合資格之臨床或諮商心理師，並督導其提供心理諮商服務。臨床或諮商心理師之資格如下：
1. 經諮商心理師考試及格並依心理師法領有諮商心理師證書者或經臨床心理師考試及格並依心理師法領有臨床心理師證書者。
  2. 領有有效之執業執照並應依心理師法相關規範辦理支援報備等事宜。
  3. 具諮商輔導或臨床心理相關經驗 2 年以上者。
- (二) 機構於簽約時需提供符合資格之人員名冊(附件 2)及心理師證書、執業執照等佐證資料，以利本局審核和派案。本計畫執行期間如遇人員異動，應至少於異動前一週繳交異動人員資格佐證資料，提供本局審查通過後始可提供服務。
- (三) 本計畫由本局依個案問題類型及需求統一派案，民眾不得指定特定機構或心理師；接獲本局派案後，特約機構須依主責個管所填寫之轉介單(附件 3)於 7 個日曆天內 聯繫個案，並與個案約定諮商時間。
- (四) 機構應於約定時間內安排心理師與個案進行心理諮商服務，並請心理師及個案於每次服務前完成簽到(附件 4)以示出席。
- (五) 初談時，心理師應取得個案當事人或其法定代理人之同意，並向個案說明服務方式及告知其應有之權益(含服務流程及缺席規定)，並簽署知情同意書(附件 5-1、附件 5-2)一式 2 份，1 份由個案留存，1 份隨核銷文件繳回本局留存，若個案未簽署同意書則不得進行服務。
- (六) 同一個案須由固定心理師進行服務，但若經初談後個案認為不適合，可更換 1 次心理師，服務次數重新計算(例如：先約 A

心理師談 1 次，更換為 B 心理師，則可與 B 心理師談 4 次，但若再換為 C 心理師，服務次數則累積計算)。

- (七) 心理師每次服務後，應於服務當日起 7 個日曆天內至本局指定系統「心理衛生個案管理資訊系統」確實登打服務紀錄、處遇建議事項等。
- (八) 如個案於預約諮商時間 10 分鐘後尚未到場，心理師應主動聯繫個案詢問狀況，並視個案需求改約時間；若個案聯繫未果，心理師須聯繫主責個管，告知個案缺席狀況，並於 7 個日曆天內至本局指定系統登打個案缺席紀錄。
- (九) 若個案因私人因素不克前來或接受通訊心理諮商，應提前來電取消，未提前告知視為無故缺席；若無故缺席達 2 次者則不得再預約，心理師須聯繫主責個管進行結案；惟遇不可抗因素時（須提出證明）可不納入次數限制。
- (十) 為評估本計畫成效，機構應於最後一次心理諮商服務結束時或結案前提供服務回饋單（附件 6）予個案進行填寫。
- (十一) 結案時，心理師應配合主責個管針對該個案做後續追蹤工作晤談與討論轉銜事宜。

#### 四、其他工作項目及應配合事項：

- (一) 特約機構若執行通訊心理諮商，應依下列規定辦理：
  - 1. 提供通訊心理諮商服務之機構應符合以下條件之一：
    - (1) 依據「心理師執行通訊心理諮商業務核准作業參考原則」，擬具通訊心理諮商業務實施計畫，並經本局核准者。
    - (2) 依據衛生福利部 110 年 5 月 17 日衛部醫字第 1101663441 號函及 110 年 7 月 23 日衛部醫字第 1101665108 號函示，經本局指定辦理通訊診察治療之醫療機構。
  - 2. 除請個案簽署知情同意書（附件 5-2）外，應向個案詳細說明所有通訊心理諮商之風險和益處，若個案情況許可，仍應優先採面對面心理諮商方式提供服務。

3. 進行通訊心理諮商前，須請個案出示個人證件，並告知會拍照留存；心理師亦須出示有效執業執照，以利民眾核對心理師身份。
- (二) 特約機構應督導參與本計畫服務提供之心理師，依約定時間與個案進行心理諮商服務，並如期於本局指定系統登打服務紀錄。
- (三) 心理諮商過程中，如發現個案出現各項疑似精神疾病症狀，應協助銜接精神醫療服務；若知悉個案有自殺行為情事時，應進行自殺防治通報作業。
- (四) 本計畫個案資料及相關諮商內容，皆應遵守保密原則予以保密，不得無故洩漏予與本案無相關之第三者。
- (五) 如個案本人、主管機關或司法單位要求提供心理諮商服務紀錄，本局得不經機構許可逕行提供。
- (六) 本局基於業務職掌及督導本計畫執行情形需要，得進行實地查核，機構應予以配合。

#### 伍、經費給付：

一、個別心理諮商服務以每次新臺幣 1,600 元計，伴侶或親子諮商服務以每次新臺幣 3,200 元計；若遇個案無故缺席時以每次行政費用為新臺幣 400 元計，採核實支付。

#### 二、經費核銷申請方式：

- (一) 每月依案申請，核實支付，特約機構需於次月 10 日前（遇例假日則順延至下個工作日）提供下列文件向本局辦理費用核銷：
  1. 蓋妥機構關防之統一收據正本。
  2. 「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」出席人員簽到表（未結案則提供影本），若服務方式為通訊心理諮商則需附上視訊截圖（附件 4）。
  3. 個案及心理師簽署之「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」同意書（附件 5-1）或「心理衛生高關懷個案通訊心理諮商服務」同意書（附件 5-2）。
  4. 「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」服務回饋單（附件 6），

未結案則免提供。

5. 「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」服務統計明細(附件7), 紙本須用印。

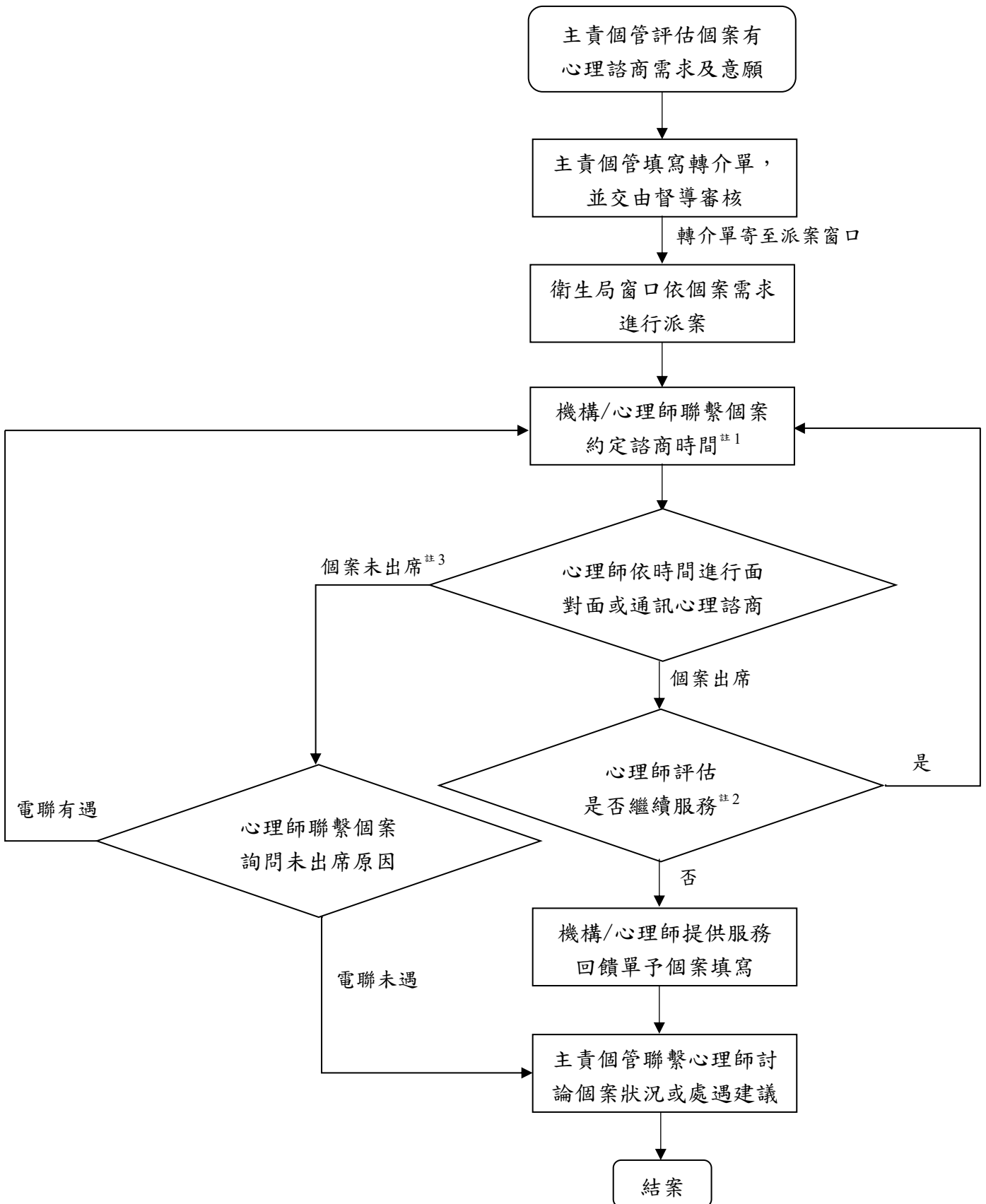
(二) 113 年 12 月份之補助期限至 12 月 10 日止, 特約機構需於 113 年 12 月 11 日前檢具上述文件向本局辦理費用核銷。

三、督導及考核: 以書面審查為主, 於每月核銷時檢視服務執行情形及文件內容, 如特約機構未如期至本局指定系統「心理衛生個案管理資訊系統」登打服務紀錄, 則不予給付當次服務費用。

#### 陸、其他事項:

- 一、本局得依特約機構過去計畫執行情形、轄內資源及稽核結果等, 不予同意機構加入本計畫。
- 二、特約機構應負督導管理之責, 若心理師因違反心理師專業倫理或法律致造成機關或第三者之損失, 機構應無條件負擔所有責任。
- 三、本計畫補助「心理諮商費用」, 特約機構不得再向個案收取額外之心理諮商費用、掛號費或其他費用, 亦不可與其他計畫重複請領費用。一經查獲重複收費屬實, 將全額追回重複收費個案之給付金額, 且由本局以公文通知限期改善, 未能如期改善或再犯達 2 次將解約並且不列入下年度合作對象。
- 四、依稽核結果或有重大違規事件時, 本局得於計畫執行期間要求解除或終止契約之部分或全部; 已預約或服務中之個案, 由本局依個案意願協助媒合至其他機構。
- 五、本計畫如有未盡事宜, 得隨時補充修正之。

113 年度心理衛生高關懷個案心理諮商服務作業流程



註 1：接獲本局派案後，特約機構須於 7 天內聯繫個案約定諮商時間。  
 註 2：個別諮商每人每年至多 4 次，伴侶或親子諮商每人每年至多 2 次，經心理師評估有需求者可衡酌展延 1 次。  
 註 3：個案無特殊原因而未提前告知取消服務或聯繫未果，視為無故缺席，年度達 2 次者不得再預約。

113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」心理師人員資格名冊

機構名稱：

聯絡窗口：

聯絡電話：

機構地址：

電子信箱：

服務時間	服務地點	心理師	專長	相關經驗 服務年資
每周三，下午 2 點-5 點	○○心理治療所	王○○	自我探索、人際關係	○○精神科診所服務 3 年 ○○心理治療所服務 10 年

表格如不敷使用，可自行增列。

填表日期：	填表人核章：	機構負責人核章：
-------	--------	----------

## 113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」轉介單

轉介資訊					
個案來源	<input type="checkbox"/> 關懷訪視員 <input type="checkbox"/> 藥癮個管 <input type="checkbox"/> 心衛社工 <input type="checkbox"/> _____區衛生所	轉介人員 核章		轉介人員 主管核章	
轉介日期	____年____月____日				
聯絡電話		電子郵件			

個案基本資料					
個案姓名		個案性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	
出生年月日	____年____月____日		身分證字號		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶				
戶籍地址					
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他：				
緊急聯絡人 姓名		與個案 關係		緊急聯絡人 聯絡電話	
個案家庭狀況					
個案就業情形					

個案概況			
精神科 就醫情形	<input type="checkbox"/> 有，疾病診斷：_____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	就醫規則性 (無就醫免填)	<input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 醫院名稱：_____
身心狀況評估 (可複選)	<input type="checkbox"/> 自殺/自傷意念 <input type="checkbox"/> 傷人/攻擊行為 <input type="checkbox"/> 藥物/酒精濫用 <input type="checkbox"/> 失眠/早醒 <input type="checkbox"/> 退縮行為 <input type="checkbox"/> 情緒不穩( <input type="checkbox"/> 情緒低落 <input type="checkbox"/> 生氣易怒 <input type="checkbox"/> 情緒起伏大) <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	簡式健康量表(BSRS-5)：_____		



問題類型 (可複選)	<input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 思覺失調 <input type="checkbox"/> 躁鬱 <input type="checkbox"/> 親職教養 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 兩性情感 <input type="checkbox"/> 婚姻關係 <input type="checkbox"/> 身體病痛 <input type="checkbox"/> 關係失落 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題 <input type="checkbox"/> 職場/工作議題 <input type="checkbox"/> 自殺意念與行為 <input type="checkbox"/> 網路成癮 <input type="checkbox"/> 家庭照顧議題 <input type="checkbox"/> 其他_____
轉介原因	
個案主述問題	

心理諮商服務安排	
重要評估事項	<input type="checkbox"/> 確認個案是否同意接受心理諮商服務 <input type="checkbox"/> 確認個案無受精神症狀干擾，認知功能可進行心理諮商服務
預約服務方式	<input type="checkbox"/> 面對面心理諮商 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商 注意事項： 1、通訊心理諮商實施對象應年滿 18 歲且排除精神官能症、精神病或腦部心智功能不全患者。 2、個案須至少進行 1 次實體諮商進行後，方可使用通訊心理諮商。
預約服務地點	_____區 (特約機構所在行政區可參閱名冊)
預約服務時段	1. _____月_____日， <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 2. _____月_____日， <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 3. _____月_____日， <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 4. _____月_____日， <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 5. _____月_____日， <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 (請填寫近兩周內個案可配合時間，並依個案意願排定優先順序)

## 113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」出席人員簽到表

機構：

服務 次數	服務日期 年/月/日	出席心理師 簽到	面對面心理諮商	通訊心理諮商	
			出席民眾簽到	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

註：如遇個案無故缺席，請心理師於出席心理師簽到欄位簽名，出席民眾簽到欄位填寫「缺席」；

通訊心理諮商請附上視訊截圖

## 113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」同意書

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號		最高學歷	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學/五專 <input type="checkbox"/> 研究所		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶				
聯絡電話			手機		
聯絡地址					
緊急聯絡人	姓名		電話		
問題類型	<input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 思覺失調 <input type="checkbox"/> 躁鬱 <input type="checkbox"/> 親職教養 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 兩性情感 <input type="checkbox"/> 婚姻關係 <input type="checkbox"/> 身體病痛 <input type="checkbox"/> 關係失落 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題 <input type="checkbox"/> 職場/工作議題 <input type="checkbox"/> 自殺意念與行為 <input type="checkbox"/> 網路成癮 <input type="checkbox"/> 家庭照顧議題 <input type="checkbox"/> 其他_____				

## 心理諮商服務同意書

本人同意接受心理師的專業服務，我已閱讀、瞭解，並且在下方簽名同意下列關於心理諮商的說明：

- 1、我瞭解本計畫心理諮商服務費用由衛生局相關經費補助，因經費有限，故有次數限制(當年度至多 8 次)。若仍有長期晤談之需求時，同意由心理師提供其他適合之轉介機構。
- 2、我瞭解諮商時間都是固定的，若因故無法進行諮商，我最晚會在預約的前 3 個工作日致電心理師取消該次諮商，且我若當年度無故缺席達 2 次，同意取消本年度使用服務機會。
- 3、我在心理諮商過程所說的事情，會得到專業的保密，但我了解，心理師遇到以下情形，則不在此限制：
  - (1) 如果我的談話內容涉及自我傷害、傷害別人、家暴或兒童虐待時，我同意心理師通知我的家人或相關機構，以便保護我及他人的安全。
  - (2) 當司法單位循法律程序向心理師索取必要相關資訊。
  - (3) 為維護我的權益，心理諮商督導者與主責個管有明瞭心理諮商過程之權利與責任。
- 4、在心理諮商的過程中，心理師要求錄音、錄影，需事先取得我的同意，並另外填寫同意書(我有權隨時停止錄音、錄影)。
- 5、我使用心理諮商服務時，我會配合並投入心理諮商服務過程，但我有結束心理諮商服務之權力。
- 6、我瞭解本計畫心理師的心理諮商服務是免費的，心理師不得額外收取其他費用。
- 7、我瞭解所有服務的程序、場所、時間、保密的限制、效果與限制，以及社會資源等。

立書人/法定代理人(簽名):

身分證字號:

心理師(簽名):

立書日期：中華民國 年 月 日

(本同意書一式兩份，一份個案留存，一份隨服務紀錄保存於新北市政府衛生局。)

## 113 年度「心理衛生高關懷個案通訊心理諮商服務」同意書

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號		最高學歷	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學/五專 <input type="checkbox"/> 研究所		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶				
聯絡電話		手機			
聯絡地址					
緊急聯絡人	姓名		電話		
問題類型	<input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 思覺失調 <input type="checkbox"/> 躁鬱 <input type="checkbox"/> 親職教養 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 兩性情感 <input type="checkbox"/> 婚姻關係 <input type="checkbox"/> 身體病痛 <input type="checkbox"/> 關係失落 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題 <input type="checkbox"/> 職場/工作議題 <input type="checkbox"/> 自殺意念與行為 <input type="checkbox"/> 網路成癮 <input type="checkbox"/> 家庭照顧議題 <input type="checkbox"/> 其他_____				

## 通訊心理諮商服務同意書

本人同意接受心理師提供通訊心理諮商服務，我已閱讀、瞭解，並且在下方簽名同意下列關於通訊心理諮商的說明，並同意配合安裝指定之視訊通訊系統或使用網站服務：

- 1、我瞭解本計畫心理諮商服務費用由衛生局相關經費補助，因經費有限，故有次數限制(當年度至多8次)。若仍有長期晤談之需求時，同意由心理師提供其他適合之轉介機構。
- 2、我瞭解協談時間都是固定的，若無法前來協談，我最晚會在預約的前3個工作天致電心理師取消該次諮商，且我若當年度無故缺席達2次，同意取消本年度使用服務機會。
- 3、進行通訊心理諮商前，我應於視訊鏡頭前出示含照片之身分證件，供心理師核對身份。心理師亦應出示有效執業執照，供我核對心理師身份。
- 4、心理師應於心理治療室或心理諮商室內提供通訊心理諮商服務，以維護我的諮商內容之保密性。
- 5、我應於隱密、不受打擾之空間內接受通訊心理諮商服務，雙方均不得私下對諮商內容截圖、錄音、錄影、或使他人從旁觀看、或進行網路直播等其他活動，以保障雙方隱私。如有相關情形不服勸阻，衛生局將尋求法律途徑處理。
- 6、我同意配合通訊心理諮商相關之系統穩定守則，在與心理師進行通訊心理諮商時，妥善使用自身之通訊設備。過程中，若發現有影音設備規格不足，或通訊狀態不佳等情況而對諮商造成明顯干擾時，本人與心理師雙方均有權即時提出停止通訊心理諮商程序之要求，並協議因應方式。
- 7、我及心理師雙方同意遵守通訊心理諮商之視訊安全與倫理規範，不能傳輸助長國內不利條件及和涉及國家安全之資料；不能傳輸任何不符合當地法規、國家法律和國際法律的影音或圖文資訊。
- 8、我在諮商過程所說的事情，會得到專業的保密，但我了解，心理師遇到以下情形，則不在此限制：
  - (1) 如果我的談話內容涉及自我傷害、傷害別人、家暴或兒童虐待時，我同意心理師通知我的家人或相關機構，以便保護我及他人的安全。
  - (2) 當司法單位循法律程序向心理師索取必要相關資訊。

(3) 為維護我的權益，心理諮商督導者與主責個案有明瞭心理諮商過程之權利與責任。

- 9、通訊諮商過程不得私自錄音(影)，若心理師基於督導和專業成長需求，須進行錄(影)，心理師於錄音(影)前，會事前取得本人的同意並填寫同意書。我若需錄音(影)，亦需徵得心理師同意與填寫同意書。(我有權隨時停止錄音、錄影)。
- 10、我已熟悉基本網路特性與通訊軟體操作能力，並由心理師依專業判斷是否合適，並簽同意書後，接受通訊心理諮商。
- 11、我同意給予個人居住地址，電話及至少 1 位緊急聯絡人名字與電話等聯繫方式，並簽同意書後，於通訊心理諮商期間，得供危機處理時使用。
- 12、我使用通訊心理諮商服務時，我會配合並投入通訊心理諮商服務過程，但我有結束通訊心理諮商服務之權力。
- 13、我瞭解本計劃心理師的通訊心理諮商服務是免費的。心理師不得額外收取其他費用。
- 14、我瞭解所有服務的程序、場所、時間、保密的限制、效果與限制，以及社會資源等。

立書人/法定代理人(簽名):

身分證字號:

心理師(簽名):

立書日期：中華民國      年      月      日

(本同意書一式兩份，一份個案留存，一份隨服務紀錄保存於新北市政府衛生局。)

## 113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」 服務回饋單

親愛的民眾，您好：

為了讓心理諮商服務更為完善，請您抽空填寫這份問卷，讓我們有更好的服務品質，請您協助填寫在接受服務之後的感受，感謝您的參與與寶貴的意見，謝謝您！

新北市政府衛生局 敬上

※下列問題請您依「同意」的程度勾選：

	非常 不同 意	不 同 意	普 通	同 意	非常 同 意
1.在諮商過程中，您用心的參與和投入。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.在諮商過程中，您認為心理師能瞭解您的心情感受。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.諮商過程中，您認為心理師能瞭解您的問題癥結。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.與心理師協談後，您的情緒能獲得紓解。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.諮商後，使您對問題有更清楚的瞭解。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.諮商後，對您的問題解決有幫助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.整體來說，您對心理諮商服務感到滿意。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.您認為本計畫心理諮商服務值得繼續實施。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.您覺得心理諮商服務過程對您最大的幫助是什麼？					
10.您對本計畫心理諮商服務之其他建議：					

填寫日期：                      年                      月                      日

感謝您的參與！

113 年度「心理衛生高關懷個案心理諮商服務」服務統計明細							
機構：							
次數	服務日期	個案姓名 <sup>註</sup>	主述問題	心理師	服務方式 (面對面/通訊/缺席)	費用	備註
第 1 次	113.3.15	王○○	家庭問題	陳○○	面對面	1,600	範例
合計							

註：請依個案姓名依序填寫

\*表格如不敷使用，可自行增列。

填表日期：

填表人核章：

機構負責人核章：