

# 教育部「學生輔導諮商中心屏東區駐點學校」 個別諮商/醫師諮詢服務 【學生同意書】

為維護您的權益與提供更好的服務，在接受個別諮商與心理測驗服務之前，請先詳細閱讀以下說明。當您簽署這份同意書，代表您同意以下說明。如有疑問，請與專業輔導人員討論。

一、**服務宗旨**：個別與團體諮商、諮詢及心理測驗服務係由教育部學生輔導諮商中心提供之免費服務，旨在協助您了解與探索自我，並為生活中所面臨之困擾找出較佳的因應方法。

二、**專業人員**：本中心之專業輔導人員團隊係由領有證照之精神科專科醫師、諮商心理師、臨床心理師、社工師與資深輔導教師組成，以上團隊均具有校園輔導諮商實務經驗。

三、**會談時間**：

1. 醫師諮詢，每次約 50 分鐘，特殊情形得加以調整。

2. 心理師、社工師諮商以 6 次為原則，至多 8 次，特殊情況始可延長。

四、**取消會談**：

1. 若因故當日無法前來會談，請於會談前一天以電話或親至本中心取消，本中心聯絡電話為：(08)7362204 分機 620；上班時間：週一至週五 08:30-12:00，13:30-17:00。

2. 一學期若取消會談未通知本中心達 2 次者，本中心將不再保留該學期您的會談時段。

五、**保密原則**：您的資料及會談內容，本中心之輔導團隊將以機密方式處理與保管，只有在取得您的同意後，才向有必要的對象透露相關資料。惟下列情況不在此限：

1. 在您有危及自己或他人生命(含提及可能要自殺或殺人的情形)、自由、財產等安全之情況。

2. 涉及法律責任、法律規定通報事項(家暴、性侵害、兒童虐待等)，或法院、監護人要求提供資料時。

3. 中心為提升服務品質，進行成效評估研究時。您的個人身分資料將加以保護以避免辨識，且只有學校輔導教師、合格或法定人員能夠接觸到相關文件。

六、**結束會談**：由您個人與專業人員協商後終止諮商，並做結束之會談。

七、**督導制度**：為增進您的最大利益與提升服務品質，專業人員將定期接受督導，討論諮商之過程與技術。

八、**錄音(錄影)**：為更有效幫助您解決困擾，會談過程中可能會錄音或錄影，但會先徵得您的同意，您有權利拒絕。

九、**其他**：如有未盡事宜，依心理師法及相關法規辦理。

※本同意書確信是我在頭腦神智清醒的情況下志願簽署的。

學生簽名：\_\_\_\_\_日 期： 年 月 日

醫師 心理師簽名：\_\_\_\_\_日 期： 年 月 日

# 教育部「學生輔導諮商中心屏東區駐點學校」 個別諮商/醫師諮詢服務 【學生同意書】

為維護您的權益與提供更好的服務，在接受個別諮商與心理測驗服務之前，請先詳細閱讀以下說明。當您簽署這份同意書，代表您同意以下說明。如有疑問，請與專業輔導人員討論。

一、**服務宗旨**：個別與團體諮商、諮詢及心理測驗服務係由教育部學生輔導諮商中心提供之免費服務，旨在協助您了解與探索自我，並為生活中所面臨之困擾找出較佳的因應方法。

二、**專業人員**：本中心之專業輔導人員團隊係由領有證照之精神科專科醫師、諮商心理師、臨床心理師、社工師與資深輔導教師組成，以上團隊均具有校園輔導諮商實務經驗。

三、**會談時間**：

1. 醫師諮詢，每次約 50 分鐘，特殊情形得加以調整。

2. 心理師、社工師諮商以 6 次為原則，至多 8 次，特殊情況始可延長。

四、**取消會談**：

1. 若因故當日無法前來會談，請於會談前一天以電話或親至本中心取消，本中心聯絡電話為：(08)7362204 分機 620；上班時間：週一至週五 08:30-12:00，13:30-17:00。

2. 一學期若取消會談未通知本中心達 2 次者，本中心將不再保留該學期您的會談時段。

五、**保密原則**：您的資料及會談內容，本中心之輔導團隊將以機密方式處理與保管，只有在取得您的同意後，才向有必要的對象透露相關資料。惟下列情況不在此限：

1. 在您有危及自己或他人生命(含提及可能要自殺或殺人的情形)、自由、財產等安全之情況。

2. 涉及法律責任、法律規定通報事項(家暴、性侵害、兒童虐待等)，或法院、監護人要求提供資料時。

3. 中心為提升服務品質，進行成效評估研究時。您的個人身分資料將加以保護以避免辨識，且只有學校輔導教師、合格或法定人員能夠接觸到相關文件。

六、**結束會談**：由您個人與專業人員協商後終止諮商，並做結束之會談。

七、**督導制度**：為增進您的最大利益與提升服務品質，專業人員將定期接受督導，討論諮商之過程與技術。

八、**錄音(錄影)**：為更有效幫助您解決困擾，會談過程中可能會錄音或錄影，但會先徵得您的同意，您有權利拒絕。

九、**其他**：如有未盡事宜，依心理師法及相關法規辦理。

※本同意書確信是您在頭腦神智清醒的情況下志願簽署的。

學生簽名：\_\_\_\_\_日 期： 年 月 日

醫師心理師簽名：\_\_\_\_\_日 期： 年 月 日