



# 個案輔導計劃



學障子女家長：面對沉重壓力，你會否希望尋求個案輔助，協助自己找出問題根源及解決方法？

學障學童/青少年：有時學校未必完全明白及諒解自己，對前路感到迷惑，希望可以找出自己的強項及發展方向？

心理學系或社工系實習學生為協會有需要家長 / 學童提供個案輔導，如果你察覺自己 / 配偶 / 子女需要尋求協助，可以填妥以下表格，實習學生將會聯絡你。



只供會員 費用全免

面談地點：九龍牛池灣彩虹邨翠瓊樓地下 44 號(本會會址)

預約：請填妥下列表格並傳真 **35260934** 或電郵

**counselling@asld.org.hk** 本會

\* 個案輔導時間安排可按需要協調，而任何家長/學童可於中途停止輔導。

## 個案輔導表格

個人資料				
父親資料				
父親姓名:	(中文)	年齡:	職業:	
受僱情況:	<input type="checkbox"/> 全職受僱 <input type="checkbox"/> 兼職受僱 <input type="checkbox"/> 自僱人士 <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 全職照顧家庭			
教育程度:	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大學或以上	聯絡電話:		
母親資料				
母親姓名:	(中文)	年齡:	職業:	
受僱情況:	<input type="checkbox"/> 全職受僱 <input type="checkbox"/> 兼職受僱 <input type="checkbox"/> 自僱人士 <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 全職照顧家庭			
教育程度:	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大學或以上	聯絡電話:		
子女資料				
學障子女姓名:		出生日期:	年 月 日	性別:
住宅地址:				
身份證編號:		會員編號:	就讀年級:	
就讀學校名稱:				
學障評估結果:	<input type="checkbox"/> 讀寫障礙 <input type="checkbox"/> 發展性協調障礙 <input type="checkbox"/> 視覺感知空間障礙 <input type="checkbox"/> 特殊數學運算障礙 <input type="checkbox"/> 特殊語言障礙			
其他評估結果:	<input type="checkbox"/> 資優 <input type="checkbox"/> 專注力不足 <input type="checkbox"/> 過度活躍症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 其他:_____			
其他同住 家庭成員資料	(1)姓名:	性別:	關係:	年齡:
	(2)姓名:	性別:	關係:	年齡:
	(3)姓名:	性別:	關係:	年齡:



**接受個別輔導之原因 (請在適當空格加上✓):**

個人成長    壓力    適應環境困難    職業及升學導向    學習困難  
抑鬱    焦慮    驚恐    婚姻問題    家庭暴力    家長與子女溝通問題  
其他 (請註明: \_\_\_\_\_)

請簡述以上已選問題:

學障子女曾接受個人輔導服務嗎?    有    沒有    不肯定  
 如有, 請註明,  
 機構名稱: \_\_\_\_\_  
 接受輔導服務之年(年/月): \_\_\_\_\_  
 每次相隔多久? \_\_\_\_\_

學障子女過往曾接受精神科醫生 / 心理學家提供的治療服務嗎?    有    沒有  
 如有, 請註明,  
 診所 / 醫院名稱: \_\_\_\_\_  
 接受治療之年(年/月): \_\_\_\_\_  
 確診結果: \_\_\_\_\_  
 確診日期: \_\_\_\_\_  
 服用藥物名稱: \_\_\_\_\_ 劑量: \_\_\_\_\_ 每日次數: \_\_\_\_\_

學障子女有沒有其他長期病患?    有    沒有  
 如有, 請註明問題: \_\_\_\_\_

**建議輔導日期及時段 (請清楚列名時間, 例: 9am-11:30am)**

	上午	下午	晚上		上午	下午	晚上
星期一				星期四			
星期二				星期五			
星期三				星期六			

填妥此表格後, 可傳真 3526 0934 或 電郵 counselling@asld.org.hk 香港特殊學習障礙協會