

# 財團法人職業災害預防及重建中心

## 114 年度勞工健康服務辦公室心理諮商方案

擬定日期：113 年 12 月 19 日

### 壹、背景說明

隨著工作環境中各種壓力、疲勞或過勞現象普遍存在，對工作者的心理健康、工作表現及職場關係可能造成直接或間接影響。本方案旨在為工作者降低心理壓力求助門檻，協助其認識及運用心理資源，並轉介高健康風險及高工作壓力個案及連結專業醫療資源，以達促進工作者心理健康的目的。

### 貳、方案期程

自 114 年 4 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

### 參、補助對象

本方案的補助對象為符合下列條件之一：

- 一、工作者：符合職業安全衛生法第二條之定義，指勞工、自營作業者及其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人員。
- 二、具投保勞工職業災害保險身分者。

### 肆、執行單位

- 一、受理補助對象申請心理諮商服務：四區勞工健康服務辦公室：
- 二、提供心理諮商服務之機構(以下簡稱「合作機構」)，須符合以下條件之一：
  - (一) 具備所在地方主管機關核准登記並領有開業執照之醫療機構，且其「診療科別」應設有「精神科」之醫院或診所。
  - (二) 具備所在地方主管機關核准登記並領有開業執照之心理治療所或心理諮商所。

### 伍、心理諮商費補助項目、額度及規範

## 一、補助額度及標準：

(一) 每次心理諮商補助金額最高 1,600 元，且每次服務時間不少於 40 分鐘。

### (二) 服務階段與次數：

#### 1. 第一階段：一般心理諮商。

- 申請對象：所有補助對象。
- 服務內容：短期心理諮商，重點為鼓勵求助及轉介健康風險個案。
- 服務次數：每位補助對象可申請最多 3 次服務。

#### 2. 第二階段：特殊職場事件心理諮商。

- 申請對象：完成第一階段服務後，工作相關過勞量表(Copenhagen Burnout Inventory-Work Burnout，簡稱 CBI-W)計分顯示為高風險的補助對象。
- 服務內容：針對有涉及特殊職場事件工作者提供延續心理諮商，重點為鼓勵前述工作者求助及轉介健康風險個案。
- 服務次數：每位補助對象最多 3 次服務。
- 申請流程：

(1) 完成第一階段服務後，若經合作機構評估後 CBI-W 計分顯示為高風險者，轉介至勞工健康服務辦公室進行特殊職場事件評估。

(2) 經評估符合條件者，啟用第二階段服務。

## 二、補助規範：

(一) 本項經費為補助「自費」之「心理諮商費」，不含掛號費等其他費用。

(二) 合作機構所訂心理諮商費若高於 1,600 元/次，則合作機構申請本方案補助當次，不得另向補助對象收取心理諮商費之差額。

(三) 合作機構已向本方案申請補助之金額，不得重複向補助對象收取，或向其他方案、經費申請補助或報支，反之亦然。

#### 陸、心理諮商補助對象應配合事項及規範：

- 一、本方案提供之心理諮商服務，需先至本中心網站查詢本方案合作機構名單相關資料後，逕洽合作機構預約。
- 二、對於已向合作機構預約之心理諮商服務，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，合作機構得拒絕提供其服務。
- 三、應於接受心理諮商服務前簽署同意書(附件一、附件二)，另須配合提供有效身份證明文件以利合作機構確認符合補助資格。
- 四、補助對象於完成第一階段服務後，若經合作機構評估後符合第二階段服務資格，依個人意願轉介至勞工健康服務辦公室進行特殊職場事件評估，確認符合服務資格後方才可預約第二階段心理諮商服務，以確保服務效果及品質。
- 五、為確保心理諮商服務效果及品質，每階段的服務期程以不超過 3 個月為原則。每次服務間隔以不少於 7 日為原則，且服務間隔時間不得超過 30 日。

#### 柒、合作機構應配合事項及規範

- 一、本方案服務提供者，限由依法領有西醫師、臨床心理師、諮商心理師證書者，且執業登記於前開機構，或依法事先報所在地主管機關核准支援該合作之精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師，並應依各該專門職業技術人員法規執行業務；上述人員有勞工健康服務人員合格證明或職場心理服務經驗尤佳。
- 二、合作機構應配合勞工健康服務辦公室依據執行狀況所為之指示，並指派專人為本方案聯繫窗口，並應確實依本方案相關規範辦理。
- 三、符合方案資格，且有意願加入本辦法之合作機構，應先建立本方案心理諮商服務流程(需含風險評估及風險轉介)、收費標準、參與本方案提供

服務之醫事人員資料等，並檢具以下資料向勞工健康服務辦公室提出申請，經本中心核准後，完成簽約或其他行政程序，本中心備查後將公告於本中心官網；欲退出本方案者，應主動向勞工健康服務辦公室提出。

(一) 心理諮商服務機構申請表(附件三)。

(二) 心理諮商服務機構合作備忘錄(附件四)。

(三) 機構證明影本：當地主管機關核發之開業執照證明。

(四) 諮商人員資格證明文件影本：

1. 精神科專科醫師證書。

2. 心理師證書。

3. 執業執照。

4. 機構僱用或特約該服務人員之證明文件。

5. 其他：如勞工健康服務人員合格證明或職場心理服務相關經歷佐證證明。

四、合作機構既有收取之行政規費(如掛號費或臨時調整預約時段等行政管理費用)，依原醫事規定辦理；但機構不得另立其他名目，再向補助對象收取費用，以貼補其自費諮商差額，或針對本方案補助對象額外收取其他行政費用，違者逕予終止其合作機構資格。

五、勞工健康服務辦公室得依申請機構過去方案執行情形、轄內資源及稽核結果等，不予同意申請機構加入本方案。

六、勞工健康服務辦公室得依稽核結果或有重大違規事件時，得於方案執行期間終止合作機構參與方案資格。勞工健康服務辦公室無另訂規定者，以書面通知送達之次日起 14 日內為終止日。期間不得持續受理預約；已預約或服務中之補助對象，應由勞工健康服務辦公室依補助對象意願協助媒合至其他合作機構。

七、為利民眾了解各合作機構可預約名額，合作機構應每週至少更新一次網頁公告之可預約名額資訊。勞工健康服務辦公室得視所轄服務使用情形，請合作機構配合增加更新頻率。

八、合作機構服務民眾前，應注意事項(預約後至服務前)：

(一) 合作機構應衡量民眾心理諮商需求之迫切性，不宜接受民眾預約逾當日起 30 日後之服務。

(二) 合作機構接受民眾預約服務時，應先確認民眾符合方案補助條件，並至本方案系統查詢民眾已使用之服務次數。

(三) 合作機構應於提供服務前，應向有意願使用本方案之民眾介紹本方案內容(屬短期心理諮商架構，重點在鼓勵求助、風險轉介，及超過本方案補助次數後，有持續接受心理諮商服務需求之處理方式)，並請其簽署同意書，由機構併同業務紀錄留存。

九、為利服務效果及品質，本方案提供之心理諮商服務分為兩個階段，每階段最多提供 3 次服務。民眾於完成第一階段後，若經合作機構評估 CBI-W 計分顯示為高風險者，則可轉介至勞工健康服務辦公室，由勞工健康服務辦公室聯繫民眾安排特殊職場事件評估，若有符合第二階段申請條件，勞工健康服務辦公室將於本方案系統開放該民眾第二階段服務權限。民眾於完成第二階段心理諮商服務後，若經合作機構評估 CBI-W 計分仍顯示為高風險者，則可再次轉介至勞工健康服務辦公室以確認是否需職業醫學服務。

十、自第 1 次使用服務日起，每一階段總期程以不超過 3 個月為原則，2 次服務相隔期間不得超過 30 天。

十一、為確保心理諮商服務品質，合作機構對同一民眾之 2 次服務期間以不小於 7 天為原則。但服務提供者如評估民眾有危及或迫切需要者，應事前向勞工健康服務辦公室申報，其理由應包括臨床專業判斷之依據、補助對象情形等，並應併同載於業務紀錄供查核。

- 十二、為確認心理諮商服務品質，並避免影響合作機構原服務中之民眾或病人，每合作機構以每週服務 12 人次為限；每位醫師或心理師每週以服務 6 人次為原則，機構得視情況調整之。
- 十三、勞工健康服務辦公室得依合作機構之專案申請、過去方案執行情形、轄內資源及稽核結果等，予以調整前開分配原則。
- 十四、合作機構服務民眾期間應注意事項：
- (一) 執行本方案心理諮商服務之醫事人員，應記錄民眾之基本資料，並對其求助問題、心理健康、精神疾病識能進行評估，並擬具合理時限之心理諮商計畫，必要時應提供適切之醫療處置或轉介。
  - (二) 執行本方案心理諮商服務之醫事人員，應於每一階段之第 1 次服務民眾及最後 1 次(第 3 次)服務民眾時，以簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱 BSRS-5)及 CBI-W(附件五)進行評估並載於業務紀錄，並應以服務當日為原則(至遲不得超過 3 日)，至本方案系統填報(填報欄位如附件六)。
  - (三) 經前開 BSRS-5 評估，第 1 至第 5 題總分大於等於 15 分者，或第 6 題(附加題)自殺意念大於等於 2 分者，心理師應積極轉介民眾至合作之精神醫療機構就診(轉介單如附件七)。如合作機構為醫院或診所，且其主責之精神科醫師可治療或診斷時，不在此限。
  - (四) 進行前開轉介時，服務提供者應與補助對象共同討論，並以其可穩定就醫之醫療機構為原則，不以原合作轉介機構為限。
  - (五) 進行前開轉介時，如確認補助對象已穩定於醫療機構就醫，應以連繫其主治醫師並確認民眾之診斷或醫囑為原則；並應於本方案系統之轉介就醫欄位填入其就醫機構名稱，並載於業務紀錄妥善收存。
  - (六) 進行前開轉介時，如補助對象表示拒絕或認無需要，仍應提供其建議就醫之醫療機構資訊，並於每一階段心理諮商關係結束前，協助民眾

就醫為服務目的及原則。服務提供者仍應於線上服務摘要之轉介就醫欄位填入建議其就醫機構之名稱，並載於業務紀錄妥善收存。

(七) 於**每一階段第3次心理諮商服務**後，經前開 CBI-W 評估，第1題至第7題總分平均大於等於60分者，心理師可轉介民眾至勞工健康服務辦公室進行特殊職場事件評估或職業醫學服務評估(轉介單如附件七)。

十五、服務提供者提供心理諮商等醫療服務後，應依醫療法、醫師法、心理師法等醫事相關法規製作紀錄並載明包含前開事項(但不限於)，並依法妥為保存。

十六、倘個案使用此辦法補助之服務後仍有心理諮商服務需求，機構應協助轉介至各縣市社區心理諮商據點、社區心理衛生中心或採自費方式繼續使用機構之心理諮商服務。

十七、合作機構於提供最後一次心理諮商服務結束時或結案前，應請民眾填答本方案滿意度調查表(附件八)。

十八、本中心及勞工健康服務辦公室基於業務職掌及為審核本分案執行情形需要，得進行實地查核，並抽查本方案之補助名冊與相關紀錄，合作機構應予配合。

## **捌、勞工健康服務辦公室配合事項及督導原則**

一、勞工健康服務辦公室應邀請職業醫學專科醫師協助評估民眾是否符合使用第二階段服務資格，並在轉介服務前應向有意願使用本方案之補助對象介紹本方案內容(屬短期心理諮商架構，重點在鼓勵求助、風險轉介，及超過本方案補助次數後，有持續接受心理諮商服務需求之處理方式)，並提供第二階段同意書及轉介單(附件九)，由民眾攜帶前往合作機構。

二、民眾於第二階段服務完成後，若經合作機構評估 CBI-W 計分仍顯示為高風險者，則須評估民眾是否需要轉介職業醫學服務。

三、設置民眾及合作機構洽詢本方案之單一服務窗口，強化本方案之便民服務。

- 四、如民眾經查有重複接受相同補助之情事，協助合作機構向民眾追繳重複補助之款項。
- 五、服務提供者如確有提供單次達 40 分鐘之心理諮商服務，則符合補助規定，得予核銷。惟若服務提供者違反各該醫事人員法規，則通報衛生局依法裁處，並終止其合作機構資格。
- 六、請妥為留存執行本方案之同意書、服務清單及明細，俾供後續查驗。
- 七、勞工健康服務辦公室應掌握轄內補助服務之使用情形，並督導合作機構每周至少更新一次網頁公告之可預約名額資訊，並得視所轄服務使用情形調增更新頻率，以利民眾了解地方服務使用情形及查詢可預約機構。如補助額度以屆用罄，應提前至少二週公告於轄內民眾知悉。

## 玖、經費請領及核銷方式

### 一、服務機構

合作機構依實際發生之心理諮商費，每 2~3 個月或依所在地勞工健康服務辦公室規定就以下資料造冊後，檢附領據送所在地勞工健康服務辦公室審查：

- (一)心理諮商服務之人員清單(附件十)。
- (二)心理諮商服務明細(附件十一)。
- (三)補助對象簽署之同意書之影本/電子掃描檔。
- (四)收據(附件十二)

### 二、勞工健康服務辦公室

勞工健康服務辦公室完成文件審查後送至本中心辦理請款，審查通過後由本中心撥付款項給合作機構。

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案同意書

本人 \_\_\_\_\_ 在經過合作機構說明後，已充分瞭解本方案內容、風險、益處、相關權益及規範，同意參與財團法人職業災害預防及重建中心 114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案，並願意遵守下列規定：

1. 同意僅使用本方案之補助服務至多 3 次，且如先前已有至其他合作機構接受本案補助之情事，應據實告知。如有虛偽不實，願負一切法律責任，並主動向勞工健康服務辦公室繳回溢領之心理諮商補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
2. 對於已向合作機構預約之心理諮商服務，若如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，將暫停您半年間預約的權益，且須與勞工健康服務辦公室預約個人身心健康評估後，才能延續後續心理諮商服務。
3. 為確保心理諮商服務效果及品質，總期程以不超過 3 個月為原則，2 次服務期間以不小於 7 日為原則，2 次服務相隔期間不得超過 30 日。
4. 同意財團法人職業災害預防及重建中心蒐集本人相關個人資料，但僅作為去識別分析、研究及評估本方案政策成效，及稽核本方案心理諮商服務品質等公務目的使用。

\_\_\_\_\_ (合作機構) 及財團法人職業災害預防及重建中心針對上開本人各項資料，應妥為保管，以供日後相關單位查核服務執行狀況。

立書人： \_\_\_\_\_

立書人地址： \_\_\_\_\_

立書人身分證字號： \_\_\_\_\_

立書人電話： \_\_\_\_\_

合作機構： \_\_\_\_\_

合作機構說明人員： \_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※同意書之記載如有虛偽不實，填寫人恐觸犯刑法偽造文書或登載不實罪，將依法追究相關法律責任。



心理諮商機構申請表

申請日期： 年 月 日

|        |      |  |       |  |
|--------|------|--|-------|--|
| 機構基本資料 | 機構名稱 |  | 機構負責人 |  |
|        | 機構地址 |  |       |  |
|        | 聯繫窗口 |  | 職稱    |  |
|        | 聯絡電話 |  | 傳真    |  |
|        | 電子郵件 |  | 可服務時段 | <input type="checkbox"/> 白天(00:00-00:00)<br><input type="checkbox"/> 夜間(00:00-00:00) |
|        | 行政規費 |  |       |  |

心理諮商人員清冊

| 序號 | 姓名 | 資格證明文件(影印本)   | 職務性質   | 職場心理服務經驗(有、無)   | 備註 |
|----|----|---|--|---|----|
|    |    | <input type="checkbox"/> 精神科專科醫師證書<br><input type="checkbox"/> 心理師證書<br><input type="checkbox"/> 執業執照<br><input type="checkbox"/> 機構服務證明<br><input type="checkbox"/> 勞工健康服務人員合格證明<br><input type="checkbox"/> 其他: _____ | <input type="checkbox"/> 僱用<br><input type="checkbox"/> 特約 | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有，請於備註簡述 |    |
|    |    | <input type="checkbox"/> 心理師證書<br><input type="checkbox"/> 執業執照<br><input type="checkbox"/> 機構服務證明<br><input type="checkbox"/> 勞工健康服務人員合格證明<br><input type="checkbox"/> 其他: _____                                       | <input type="checkbox"/> 僱用<br><input type="checkbox"/> 特約 | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有，請於備註簡述 |    |

心理諮商機構切結

茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，並同意本辦法所述事項，有虛偽不實情事者，願負一切法律責任，絕無異議。

申請心理諮商機構名稱： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中華民國： 年 月 日

附件四

心理諮商機構合作備忘錄

財團法人職業災害預防及重建中心(以下簡稱甲方)委請乙方為當事人提供心理諮商服務，甲、乙雙方同意本誠信原則共同遵守下列條款：

- 壹、甲方轉介有需求之當事人予乙方，由乙方安排已報備甲方之醫師或心理師進行心理諮商服務。
- 貳、每位當事人諮商服務次數及每次服務時間以甲方通知為準，當事人在每次心理諮商結束後，可與乙方預約下次諮商時間；如當事人或乙方徵得當事人同意後，認為無需再進行心理諮商時，則予以結案。
- 參、甲方依據服務辦法規範支付乙方個別諮商費用。
- 肆、乙方應就本辦法實際補助費用，按規範時程造冊後，依甲方規定檢據請領，經所在地勞工健康服務辦公室審查，以利後續申請費用使用。
- 伍、乙方應依相關法令及專業倫理守則規範予以保密及保存，非經法律程序或當事人書面授權同意，不得提供給甲方以外任何單位或他人。
- 陸、乙方應依醫療法、心理師法或相關法規，對於提供之心理諮商服務製作紀錄並妥為保存並遵守相關專業倫理守則規範，如有違反，甲方得終止本契約；另任何一方不履行本備忘錄約定者，他方得終止合作關係。除有前述情形外，非經雙方書面同意，任何一方不得修正或終止本備忘錄。
- 柒、在備忘錄期間內，甲、乙雙方代理人（負責人）若有異動，本備忘錄仍繼續有效。
- 捌、本備忘錄期間自簽訂日起至 114 年 12 月 31 日止。
- 玖、關於本備忘錄或因本備忘錄而引起之糾紛，雙方應依誠信原則解決；如有訴訟之必要，雙方同意以甲方當地地方法院為第一審管轄法院。
- 壹拾、本備忘錄壹式貳份，雙方各執壹份為憑，並自簽約日起生效實施，如有未盡事宜得經雙方同意協議後修改之。

訂約人：

甲 方： 財團法人職業災害預防及重建中心 乙 方：

負責人：

負責人：

電話：

電話：

地址：

地址：

中 華 民 國

年

月

日

附件五

簡式健康量表 (BSRS-5)

下列所舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

|                      | 完全沒有 | 輕微 | 中等程度 | 厲害 | 非常厲害 |
|----------------------|------|----|------|----|------|
| 一、睡眠困難, 譬如難以入睡、易醒或早醒 | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 二、感覺緊張不安             | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 三、覺得容易苦惱或動怒          | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 四、感覺憂鬱、心情低落          | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 五、覺得比不上別人            | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |
| 附加題、有自殺的想法           | 0    | 1  | 2    | 3  | 4    |

說明：前五題總分大於等於 15 分或附加題分數大於等於 2 分以上者，應協助轉介至醫療機構尋求精神醫療專業諮詢。

工作相關過勞量表 (CBI-W)

|                                 | 很嚴重 | 嚴重 | 有一些 | 輕微 | 非常輕微    |
|---------------------------------|-----|----|-----|----|---------|
| 一、您的工作會令人情緒上心力交瘁 (心情上非常累) 嗎     | 100 | 75 | 50  | 25 | 0       |
| 二、您的工作會讓覺得快要累垮了嗎                | 100 | 75 | 50  | 25 | 0       |
| 三、您的工作會讓您覺得挫折嗎                  | 100 | 75 | 50  | 25 | 0       |
|                                 | 總是  | 常常 | 有時候 | 不常 | 從未或幾乎從未 |
| 四、工作一整天之後，您會覺得精疲力盡 (累到完全沒有力氣) 嗎 | 100 | 75 | 50  | 25 | 0       |
| 五、上班前只要想到又要工作一整天，您就覺得沒力嗎        | 100 | 75 | 50  | 25 | 0       |
| 六、上班時您會覺得每一分鐘都很難熬 (時時刻刻都覺得累) 嗎  | 100 | 75 | 50  | 25 | 0       |
| 七、不工作的時候，您有足夠的精力陪朋友或家人嗎         | 0   | 25 | 50  | 75 | 100     |

說明：將 1 至 7 題之分數相加，並除以 7；大於等於 60 分以上為高風險等級，應進一步與勞工健康服務醫護人員諮詢。

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案服務摘要

【本表採電子表單形式填報】

一、服務方資訊

| 欄位         | 說明            |
|------------|---------------|
| 機構名稱       | 下拉式選單         |
| 機構代碼       | 選擇「機構名稱」後自動帶入 |
| 機構縣市別      | 選擇「機構名稱」後自動帶入 |
| 醫事人員類別     | 自動帶入/下拉式選單    |
| 心理諮商服務人員姓名 | 自動帶入/下拉式選單    |

二、民眾方資訊(僅第 1 次須填，已有填答紀錄者自動代入)

| 欄位         | 說明  |
|------------|---|
| 姓名         | 手動輸入  |
| 身分證字號      | 手動輸入  |
| 聯絡電話       | 手動輸入  |
| 居住地        | 下拉式選單(22 縣市)  |
| 生日         | 手動選取(yyyy/mm/dd)  |
| 婚姻狀況       | 下拉式選單(未婚/已婚/離婚或分居/喪偶/不便回答)  |
| 教育程度       | 下拉式選單(國中(含)以下/高中職/專科/大學/研究所以上/不詳)   |
| 勞保狀況       | 下拉式選單(有投保/未投保)  |
| 勞工職業災害保險狀況 | 下拉式選單(有投保/未投保)  |
| 行業         | 下拉式選單(19 項分類)<br>備註：參考中華民國統計資訊網行業標準分類   |
| 職業         | 下拉式選單(民意代表、主管及經理人員/專業人員/技術員及助理專業人員/事務支援人員/服務及銷售工作人員/農、林、漁、牧業生產人員/技藝有關工作人員/機械設備操作及組裝人員/基層技術工及勞力工/不便回答)<br>備註：參考中華民國統計資訊網職業標準分類 |

### 三、服務情形

| 欄位                  |       | 說明   |
|---------------------|-------|--|
| 使用諮商階段              |       | 下拉式選單(第 1 階段/第 2 階段)<br>備註：第 2 階段權限須由勞工健康服務辦公室開放       |
| 服務日期                |       | 手動選取(yyy/mm/dd)  |
| 使用諮商次數              |       | 下拉式選單(第 1 次/第 2 次/第 3 次)                               |
| 本次服務目的              |       | 手動選取(人際溝通/工作調適/工作生活平衡/職場不法侵害/跟蹤騷擾/異常工作負荷/其他)<br>備註：可複選 |
| BSRS-5              | 第 1 題 | 手動選取(完全沒有/輕微/中等程度/厲害/非常厲害)                             |
|                     | 第 2 題 |  |
|                     | 第 3 題 |  |
|                     | 第 4 題 |  |
|                     | 第 5 題 |  |
|                     | 附加題   |  |
| CBI-W               | 第 1 題 | 手動選取(很嚴重/嚴重/有一些/輕微/非常輕微)                               |
|                     | 第 2 題 |  |
|                     | 第 3 題 |  |
|                     | 第 4 題 | 手動選取(總是/常常/有時候/不常/從未或幾乎從未)                             |
|                     | 第 5 題 |  |
|                     | 第 6 題 |  |
|                     | 第 7 題 |  |
| BSRS-5 轉介狀態         |       | 下拉式選單(無/已轉介/民眾已就醫/民眾拒絕轉介，已建議就醫機構)                      |
| BSRS-5 轉介機構名稱       |       | 手動輸入   |
| CBI-W 轉介狀態          |       | 下拉式選單(無/已轉介/民眾拒絕轉介)                                    |
| CBI-W 轉介勞工健康服務辦公室區域 |       | 下拉式選單(北區/中區/南區/東區)                                     |

## 114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案轉介單

|  |   |   |                |
|--|---|---|----------------|
| 原醫事機構  | 機構名稱：   | 電話：   | 心理諮商<br>服務人員簽章 |
|  | 機構代碼：   |   |                |
|  | 地址：   |   |                |
| 個案基本資料   | 姓名：   | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |                |
|  | 身分證字號：  | 出生日期：    年    月    日                                      |                |
|  | 聯絡電話：   | 聯絡人：  | 關係：            |
|  | 聯絡地址：   |   |                |
| 個案狀況   | <input type="checkbox"/> 1.BSRS-5 五題總分大於等於 15 分<br><input type="checkbox"/> 2.BSRS-5 附加題分數大於等於 2 分<br><input type="checkbox"/> 3.CBI-W 七題平均分數大於等於 60 分<br><input type="checkbox"/> 4.其他經評估有轉介或長期介入之需要(請說明原因)：   |   |                |
| 轉介原因   | <p><b>(可複選)</b></p> <p><b>(1)情感/人際關係</b>      <input type="checkbox"/>家庭成員問題              <input type="checkbox"/>夫妻問題              <input type="checkbox"/>感情因素<br/>                                          <input type="checkbox"/>職場人際關係              <input type="checkbox"/>喪親、喪偶              <input type="checkbox"/>長期照顧壓力</p> <p><b>(2)精神健康/物質濫用</b>    <input type="checkbox"/>憂鬱傾向、罹患憂鬱症              <input type="checkbox"/>罹患其他精神疾病<br/>                                          <input type="checkbox"/>酒精濫用              <input type="checkbox"/>藥物濫用</p> <p><b>(3)工作</b>                      <input type="checkbox"/>人際溝通    <input type="checkbox"/>工作調適    <input type="checkbox"/>工作生活平衡    <input type="checkbox"/>職場不法侵害<br/>                                          <input type="checkbox"/>跟蹤騷擾    <input type="checkbox"/>異常工作負荷</p> <p><b>(4)經濟</b>                      <input type="checkbox"/>失業    <input type="checkbox"/>債務</p> <p><b>(5)生理疾病</b>                <input type="checkbox"/>慢性化的疾病問題(如：久病不癒)<br/>                                          <input type="checkbox"/>急性化的疾病問題(如：初得知患病)</p> <p><b>(5)其他</b>                      <input type="checkbox"/>其他：_____</p> |   |                |
| 建議轉介機構   | 機構名稱：   |   |                |
|  | 電話：   |   |                |
|  | 地址：   |   |                |
| 轉介日期：                      年                      月                      日 |   |   |                |

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案滿意度調查表

一、基本資料：

1. 性別：男 女 其他
2. 年齡：15-20 歲21-25 歲26-30 歲31-35 歲36-40 歲41-45 歲46-50 歲  
50-55 歲56-60 歲61-65 歲65 歲以上
3. 職業：
4. 居住縣市：\_\_\_\_\_
5. 在哪個縣市接受諮商服務：\_\_\_\_\_
6. 您於使用本方案前，是否有使用過心理諮商服務?是 否
7. 心理諮商是否未達 40 分鐘以上?是 機構名稱：\_\_（是時必填）否
8. 機構是否有向您收取額外的心理諮商費用?是 機構名稱：\_\_（是時必填）否
9. 從預約本方案心理諮商，到第一次諮商，共等候了多久？ 1 週以下 1 週-2 週 2 週  
3 週 3 週-1 個月 1 個月以上

二、請您依使用本方案心理諮商服務經驗填答下列問題：

|                                    | 非常<br>同意<br>(5)          | 同意<br>(4)                | 普通<br>(3)                | 不同<br>意<br>(2)           | 非常<br>不同<br>意<br>(1)     |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.我覺得本方案的心理諮商對我是有幫助的               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.我對機構的心理諮商服務流程感到滿意                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.整體而言，我對於財團法人職業災害預防及重建中心提供此方案感到滿意 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

三、其他建議事項：\_\_\_\_\_

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案第二階段服務需求轉介單

轉介日期： 年 月 日

|                 |   |        |   |
|-----------------|---|--------|---|
| 一、勞工健康服務辦公室聯繫資訊 |   |        |   |
| 轉介轄區            | <input type="checkbox"/> 北區 <input type="checkbox"/> 中區 <input type="checkbox"/> 南區 <input type="checkbox"/> 東區   | 主要聯絡方式 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> E-mail |
| 轉介者             | 職稱  | 聯絡電話   |   |
| E-mail          |   | 傳真     |   |
| 二、個案基本資料        |   |        |   |
| 個案姓名            |   | 性別     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他       |
| 身分證字號           |   | 出生年月日  | 年 月 日   |
| 居住地             |   | 聯絡電話   |   |
| 三、服務申請（轉介）需求    |   |        |   |
| 個案概況<br>(主訴問題)  | <input type="checkbox"/> (嚴重的)疾病或受傷 <input type="checkbox"/> 與業務相關，引發重大傷亡事故、重大事故<br><input type="checkbox"/> 造成會對公司經營產生影響等的重大工作疏失 <input type="checkbox"/> 被無理地要求離職<br><input type="checkbox"/> 受到來自上司等的身體／精神攻擊等的職權騷擾<br><input type="checkbox"/> 受到來自同事等的暴力行為、(嚴重的)霸凌或刻意讓人厭煩／生氣的騷擾<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |        |   |
| 目前資源<br>運用情形    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類型：○社會福利 ○法律諮詢 ○醫療衛生 ○勞政<br><input type="checkbox"/> 其他：_____   |        |   |
| 個人病史            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾經看過精神科，診斷或問題_____  |        |   |
| 備註              |   |        |   |

附件十

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案心理諮商服務清單

機構名稱：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

匯款帳號：

年度/月份： 年 月 日至 年 月 日 金融機構(含分行)：

| 序號        | 姓名 | 身分證字號 | 出生年月日<br>(yy/mm/dd) | 使用方案<br>諮商次數 | 諮商完成日期<br>(yyy/mm/dd) | 醫事人員別(醫師、臨床<br>心理師、諮商心理師) | 心理諮商服務人<br>員姓名 |
|-----------|----|-------|---------------------|--------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| 1         |    |       |                     |              |                       |                           |                |
| 2         |    |       |                     |              |                       |                           |                |
| 3         |    |       |                     |              |                       |                           |                |
| 總服務人次：    |    |       |                     |              | 總申報金額(元)：             |                           |                |
| 製表人/製表日期： |    |       |                     |              | 機構負責人：                |                           |                |

負責人章

印信或關防

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案心理諮商服務明細

姓名：

身分證字號：

提供心理諮商合作機構名稱：

同意書檔案名稱：

| 服務<br>次數 | 日期<br>年/月/日 | 心理諮商服務<br>提供人員姓名 | 個案簽名 |
|----------|-------------|------------------|------|
| 1        |             |                  |      |
| 2        |             |                  |      |
| 3        |             |                  |      |
| 4        |             |                  |      |
| 5        |             |                  |      |
| 6        |             |                  |      |

財團法人職業災害預防及重建中心

114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案心理諮商服務收據

00 心理諮商所/機構 收據

茲領到財團法人職業災害預防及重建中心(統一編號 91602332)下列款項：

|          |                          |                |
|----------|--------------------------|----------------|
| 款項類別     | 心理諮商服務費                  |                |
| 金額       | 大寫                       | 新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整 |
|          | 代扣稅款(超過 20,001 元，代扣 10%) |                |
|          | 小寫                       |                |
| 領款單位基本資料 | 統一編號                     |                |
|          | 聯絡電話                     |                |
|          | 郵寄地址<br>(寄送扣繳憑單用)        | □□□-□□         |

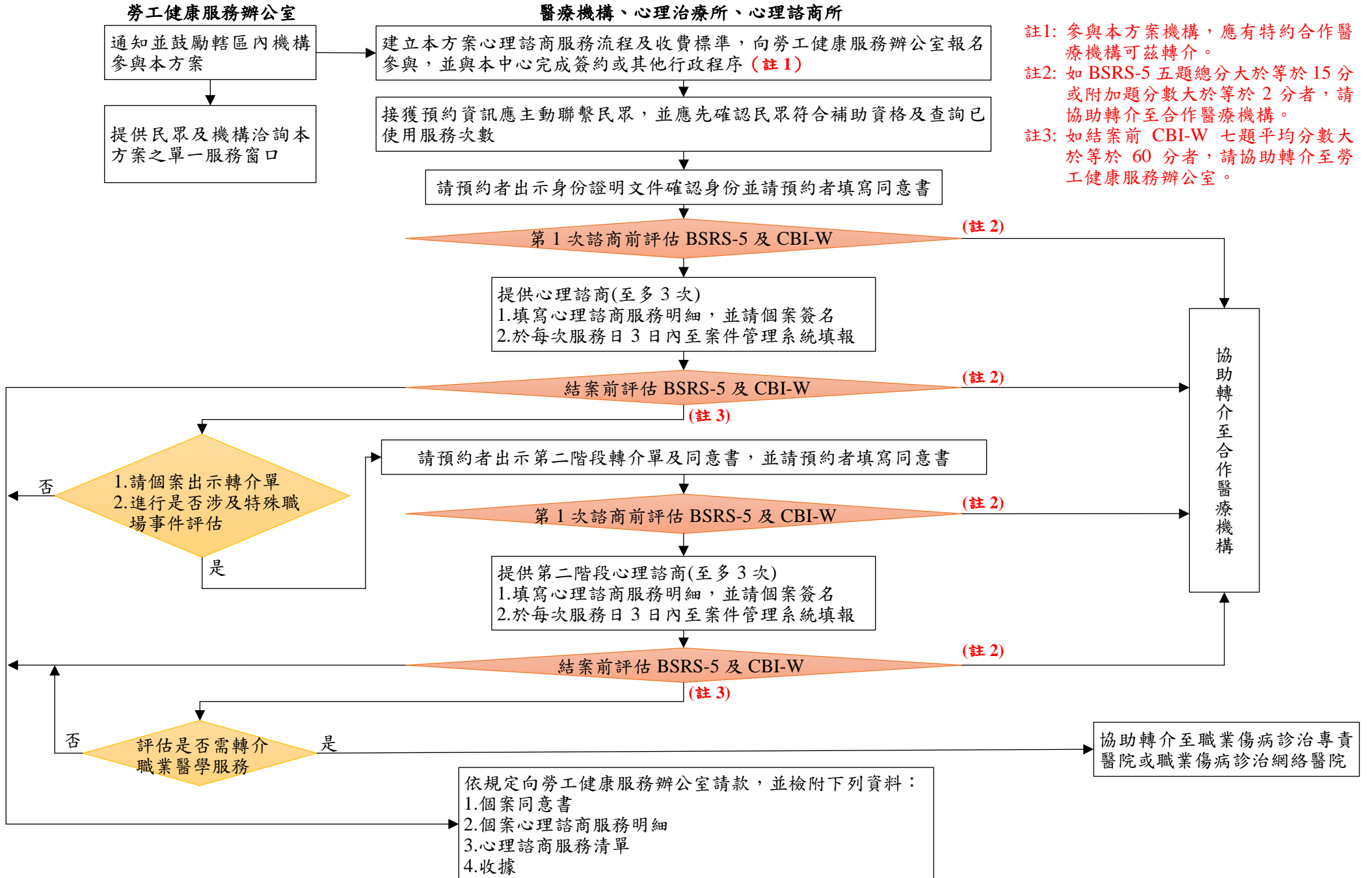
以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款單位： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中華民國 年 月 日

## 114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案行政流程圖



註1: 參與本方案機構，應有特約合作醫療機構可茲轉介。

註2: 如 BSR5-5 五題總分大於等於 15 分或附加題分數大於等於 2 分者，請協助轉介至合作醫療機構。

註3: 如結案前 CBI-W 七題平均分數大於等於 60 分者，請協助轉介至勞工健康服務辦公室。

# 114 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案流程圖\_民眾版

