



Minor Counseling Intake Form

未成年者協談資詢表

Personal Information 個人資料

Client Name: 姓名	Race/Country of Origin: 種族/原籍	Age: 年齡	Sex: 性別	Date of Birth: 出生日期	<input type="checkbox"/> New Client 新客戶 <input type="checkbox"/> Previous Client 舊客戶 <input type="checkbox"/> Existing Client 現有客戶
Client Address: (Street, Apt/Unit) 地址				(City, County):	(State & Zip Code):
Home Phone: 電話(家):	Cell Phone: 手提電話:		Email Address: 電郵地址:		
School 學校: Grade 年級:	<input type="checkbox"/> Parents 父母 <input type="checkbox"/> Legal Guardian 合法監護人		Name 姓名:		

Family 家庭資料

Parents' current marital status 父母現時婚姻狀況

Married 已婚
 Cohabit 同居
 Separated 分居
 Divorced 離婚
 Widowed 鰥/寡

Other Siblings: 兄弟姊妹:	Age 年齡	School 學校	Female 女	Male 男
Child's Name 姓名			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child's Name 姓名			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child's Name 姓名			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

People currently living with you: 與你同住的人	Age 年齡	Female 女	Male 男	Relationship to you: 與你關係:
Name 姓名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name 姓名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name 姓名		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reasons for Seeking Help 尋求幫助原因

When did your present concern begin to be a problem for you?
現有困難什麼時候開始?

Please rate the severity of your present concerns on the following scale: 現有困難嚴重程度

Check one: 請選其一
 Mild 輕微
 Moderate 中度
 Severe 嚴重

Totally Incapacitating 生活功能完全失調
 Other 其他_____

What concerns have led you to pursue counseling? 那些困難促使你尋求輔導?

Where are your concerns causing the most problems for you? Check all that apply:
這些困難在以下那方面影响你最大? 選所有適合的:

Home 家
 School 學校
 Friends 朋友
 Family 家人
 God 神
 Other 其他_____



Assessment 評估

Physical 身體	Developmental 成長	Education 教育
<input type="checkbox"/> Headaches 頭痛 <input type="checkbox"/> Fatigue/Loss of Energy 疲倦/乏力 <input type="checkbox"/> Decreased/Increased Sleep 睡眠不足/太多 <input type="checkbox"/> Nausea/Abdominal Distress 噁心/腹痛 <input type="checkbox"/> Loss of Appetite 失去胃口 <input type="checkbox"/> Other 其他	<input type="checkbox"/> Feeding self 自己吃飯 <input type="checkbox"/> Speaking Words 說字 <input type="checkbox"/> Speaking Sentences 說句子 <input type="checkbox"/> Controlling bladder 小便控制 <input type="checkbox"/> Sleeping alone 獨睡 <input type="checkbox"/> Engaging Peer 與同伴接觸 <input type="checkbox"/> Tolerating Separation 容忍分離 <input type="checkbox"/> Playing Cooperatively 玩耍合作 <input type="checkbox"/> Other 其他	<input type="checkbox"/> Regular Class 普通班 <input type="checkbox"/> Gifted & Talented 優質班 <input type="checkbox"/> Special Education 特別班 School Performance 成績 <input type="checkbox"/> Good 優良 <input type="checkbox"/> Fair 中等 <input type="checkbox"/> Poor 劣 <input type="checkbox"/> Truancy 經常遲到上課 <input type="checkbox"/> Other 其他

How would you rate your current physical health? 你認為你現時身體健康狀況如何?

Check one 請選其一: Excellent 優 Good 良 Fair 可 Poor 劣

When was your last physical examination? (Month/Day/Year) / /
最近一次身體檢查日期? (月 / 日 / 年)

Are you currently being treated for any medical conditions? 你現時是否正在接受任何醫藥治療?

Yes 是 What 什麼? _____ No 否

Name of Physician 醫生姓名:

Phone 電話:

Are you currently on any medication? 你現時有否在服藥? Yes 是 No 否

If yes, please list all current medication(s) (over-the-counter or prescription) and dosage(s):
如有, 請將所有藥名和劑量列出:

Socio-Economic History 社會經濟

Family Financial 家庭經濟	Social Interaction 待人接物	Legal History 法律記錄
<input type="checkbox"/> No current problem 目前沒有經濟問題 <input type="checkbox"/> Poverty 貧窮 <input type="checkbox"/> Large indebtedness 欠債纍纍 <input type="checkbox"/> Impulsive Spending 衝動的花費	<input type="checkbox"/> Normal 正常 <input type="checkbox"/> Isolates self 自我孤立 <input type="checkbox"/> Very shy 十分害羞 <input type="checkbox"/> Inappropriate sex play/act-out 不適當的性玩耍或行動 <input type="checkbox"/> Dominates others 控制他人 <input type="checkbox"/> Associates with acting out peers 與故意搗亂之孩子為友 <input type="checkbox"/> Associates with substance-use friends 與吸毒之孩子為友 <input type="checkbox"/> Sexually active 性行為活躍 <input type="checkbox"/> Other 其他	<input type="checkbox"/> no legal problems 沒有法律問題 <input type="checkbox"/> now on parole/probation 現在假釋/緩刑 <input type="checkbox"/> arrest(s) not substance-related 非藥物相關拘捕 <input type="checkbox"/> arrest(s) substance-related 藥物相關拘捕 <input type="checkbox"/> Court ordered this treatment 法院命令治療 <input type="checkbox"/> Jail/prison _____time(s) 作牢/作監總次數 : ___ 次 Total time served: _____ 有多久: _____
Social Support System 社會支援體系 <input type="checkbox"/> Supportive network 有支援網絡 <input type="checkbox"/> Few friends 不多朋友 <input type="checkbox"/> No friend 沒有朋友 <input type="checkbox"/> distant from family of origin 與原身家庭疏離		



Mental/Emotional/Behavioral Assessment 精神/情緒/行為評估

Mental 精神	Emotional 情緒	Behavioral 行為
<p>Orientation 定位 <input type="checkbox"/> Time 時間 <input type="checkbox"/> Person 人物 <input type="checkbox"/> Place 地方</p> <p>Appearance 外表 <input type="checkbox"/> Neat 整潔 <input type="checkbox"/> Unkempt 蓬亂 <input type="checkbox"/> Bizarre 奇異</p> <p>Mood 情緒 <input type="checkbox"/> Relaxed 放鬆 <input type="checkbox"/> Anxious 緊張 <input type="checkbox"/> Fearful 恐懼 <input type="checkbox"/> Guilty 內疚 <input type="checkbox"/> Suspicious 懷疑 <input type="checkbox"/> Angry 憤怒 <input type="checkbox"/> Depressed 沮喪 <input type="checkbox"/> Ashamed 羞恥 <input type="checkbox"/> Irritable 易怒 <input type="checkbox"/> Happy 愉快</p> <p>Affect 情感 <input type="checkbox"/> Congruent 一致 <input type="checkbox"/> Blunted 直率 <input type="checkbox"/> Inappropriate 不適當 <input type="checkbox"/> Flat 無表情 <input type="checkbox"/> Constricted 收縮 <input type="checkbox"/> Expansive 膨脹</p> <p>Thought Process 思想 <input type="checkbox"/> Coherent 連貫 <input type="checkbox"/> Confused 迷茫 <input type="checkbox"/> Disorganized 混亂 <input type="checkbox"/> Illogical 不合邏輯 <input type="checkbox"/> Tangential 離題 <input type="checkbox"/> Flight of ideas 天馬行空 <input type="checkbox"/> Obsessive 過份關心 <input type="checkbox"/> Delusional 妄想 <input type="checkbox"/> Hallucinating 幻覺</p>	<p><input type="checkbox"/> Often sad 時常憂怒 <input type="checkbox"/> Hopelessness 感到絕望 <input type="checkbox"/> Helplessness 無助 <input type="checkbox"/> Low Self-Esteem 自我形像降低 <input type="checkbox"/> Frequently tearful 常常流淚 <input type="checkbox"/> Hostile /angry 懷敵意/憤怒 <input type="checkbox"/> Violent temper 脾氣暴躁 <input type="checkbox"/> Lack of attachment 缺乏愛慕 <input type="checkbox"/> Extreme worrier 極度擔心 <input type="checkbox"/> Guilt 內疚 <input type="checkbox"/> Shame 羞恥 <input type="checkbox"/> Intense Fear 強烈恐懼 <input type="checkbox"/> Sense of worthlessness 無用感覺</p> <p>Estimated Intelligence 智能 <input type="checkbox"/> High 高 <input type="checkbox"/> Average 一般 <input type="checkbox"/> Borderline 邊緣 <input type="checkbox"/> MR 低能</p> <p>Insight 洞察力 <input type="checkbox"/> Good 良 <input type="checkbox"/> Limited 不多 <input type="checkbox"/> Poor 劣 <input type="checkbox"/> None 沒有</p> <p>Judgment 判斷力 <input type="checkbox"/> Good 良 <input type="checkbox"/> Fair 可 <input type="checkbox"/> Poor 劣</p>	<p><input type="checkbox"/> Drug abuse 濫用藥物 <input type="checkbox"/> Alcohol abuse 嗜酒 <input type="checkbox"/> Assaults others 傷害他人 <input type="checkbox"/> Fire-setting 放火 <input type="checkbox"/> Animal cruelty 虐畜 <input type="checkbox"/> Self-injurious acts 自殘行動 <input type="checkbox"/> Self-injurious threats 自殘恐嚇 <input type="checkbox"/> Stealing 偷竊 <input type="checkbox"/> Chronic lying 長期說謊 <input type="checkbox"/> Breaking things 破壞東西 <input type="checkbox"/> Disobedient 不服從 <input type="checkbox"/> Bizarre behavior 怪異行為 <input type="checkbox"/> Nightmares 惡夢 <input type="checkbox"/> Recurrent Distressing Dreams 重覆惡夢 <input type="checkbox"/> Frequent daydreams 常常發白日夢 <input type="checkbox"/> Easily distracted 容易分心 <input type="checkbox"/> Poor concentration 集中力低 <input type="checkbox"/> Hyperactive 過度活躍 <input type="checkbox"/> Impulsive 易衝動</p>

Risk assessment 危險評估

Suicide 自殺	<input type="checkbox"/> Current 現在 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 現在沒有 <input type="checkbox"/> Past 過去 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 過去沒有
Self-Injurious 自殘	<input type="checkbox"/> Current 現在 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 現在沒有 <input type="checkbox"/> Past 過去 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 過去沒有
Homicidal 謀殺	<input type="checkbox"/> Current 現在 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 現在沒有 <input type="checkbox"/> Past 過去 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 過去沒有
Assaultive 傷人	<input type="checkbox"/> Current 現在 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 現在沒有 <input type="checkbox"/> Past 過去 <input type="checkbox"/> Ideation 思想 <input type="checkbox"/> Plan 計劃 <input type="checkbox"/> Attempt(s) 嘗試__次 <input type="checkbox"/> No Current 過去沒有



Do you or anyone in your family have any history of drug/alcohol abuse 你或家人曾有嗜酒或濫用藥物的記錄嗎?

Yes 有 No 沒有 If yes, when 如有, 何時? _____

Please describe briefly 請簡述:

Do you or anyone in your family have any history of any serious mental health issues (such as depression, anxiety, manic depression, schizophrenia, etc.) 你或家人曾有嚴重精神健康問題的記錄嗎? (如憂鬱, 焦慮, 燥狂抑鬱病, 精神分裂等)

Yes 有 No 沒有 If yes, when? 如有, 何時? _____

Please describe briefly 請簡述:

Do you or anyone in your family have any history of physical or sexual abuse towards you or others? 你或家人曾對你或他人有對你肢體傷害或性虐待行為的記錄嗎? Yes 有 No 沒有 If yes, when? 如有, 何時? _____

Please describe briefly: 請簡述:

Have you ever been treated or hospitalized for any psychiatric reason(s)? 你曾因為精神病人院接受治療嗎?

Yes 有 No 沒有

If yes, when 如有, 何時? _____ how long 多久? _____ and where at 在何處? _____

Name of Psychiatrist 精神科醫生姓名:

Phone 電話:

Have you had prior counseling? 你曾接受過輔導嗎? Yes 有 No 沒有

If Yes, how long 如有, 多久?? _____ by whom 輔導員? _____

For what reason 輔導原因: _____

If yes, how do you feel about the results of your previous counseling? 如有, 你覺得那次輔導的結果如何?

What would you like to see happen in order for your counseling at Herald to be considered successful?

你祈盼從角聲輔導中心的輔導的過程中, 能夠得到怎樣的幫助?

Spiritual Information 宗教信仰資料

I consider myself 我認為自己是: Catholic 天主教徒 Protestant Christian 基督徒 Mormon 摩門教徒

Jehovah's Witness 耶和華見證人 Atheist 無神論者 Buddhist 佛教徒 Taoist 道教徒 Hindu 印道教徒

Jewish 猶太教徒 Muslim 回教徒 Other 其他

If applicable, which place of worship do you attend? 如適用, 你在那裏聚會?

How often do you attend this place of worship? 你多久去一次聚會?

Do you desire prayer as a part of your counseling process? 你願意在協談時祈禱嗎? Yes 願意 No 不願意



Office Use Only

Assigned to:	Supervisor:
Instructions:	
Method of Payment: <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> EAP <input type="checkbox"/> Third Party Free Service, Name of Agency _____ <input type="checkbox"/> Self-Pay(Cash/Check) Payment Amount: _____ <input type="checkbox"/> Sliding Scale If Sliding Scale, Estimated Family Income : _____ Per Month/Year Payment Amount: _____ <input type="checkbox"/> Other	
Follow Up Actions Taken (Please Indicate Date Completed by and Initial):	