

請在第一次參與服務前填妥表格，並傳真或郵寄至本中心辦事處。若有六個月內的言語治療評估報告或進度報告，請將副本連同此表格一同傳真或郵寄至本中心辦事處。

請在適當的空格內填上 ✓ 號。 * 請刪去不適用者。

學童資料

姓名：(中) _____ (英) _____

出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 年齡：_____ 性別：男 女

主要困難： 語言 發音 口吃 聲線 社交 智能

其他 (請註明)：_____

主要照顧者：_____ 家中慣用語言：_____

學童病歷

1. 學童出生時是否足月 (大於 37 週) ? 是 不是 (請註明週數：_____)
如有特殊情況，請列明：_____
2. 學童曾否接受手術 ? 沒有 有 (請註明：_____)
3. 學童有否長期病患 ? 沒有 有 (請註明：_____)
4. 學童曾否接受聽力評估 ? 沒有 有 (請註明結果：_____)
5. 學童曾否接受政府/其他機構之訓練 ? 沒有 有 (請註明：_____)

學童發展概況（可選多於一項）

發展進程和基本學前行為

_____個月能說第一個單字 _____個月能說第一句句子 _____個月能獨立走動

能獨自安坐 10-15 分鐘玩耍 能專注上課 能專注參與喜歡的活動

現階段理解能力：

能對自己的名字作出反應 能理解常見物品的名稱

能跟從指示 能回答問題

能理解故事 其他：_____

現階段表達能力：

主要溝通模式： 口語 手勢 文字 圖片 手語

沒固定溝通模式 其他：_____

咬字發音： 清晰 一般 不清晰

能以單字 / 詞語表達 能以簡單句子表達

能提供個人資料 能發問問題

能說故事 / 報告事件 其他：_____

現階段社交溝通能力：

能保持專注 能保持眼神接觸 能主動與別人溝通

其他：_____

現階段口肌 / 吞嚥能力：

日常進食食物： 如成人餸菜大小 剪細 糊狀 / 粥仔 其他：_____

進食速度： 過快 一般 過慢 (* 能 / 未能徹底咀嚼食物)

對學童接受言語治療的關注事項：_____

以上資料僅限於申請服務用途。

填寫人姓名：_____ 填寫人簽署：_____ 填寫日期：_____

靈實恩光成長中心（銅鑼灣） Haven of Hope Sunnyside Enabling Centre (Causeway Bay)

香港銅鑼灣禮頓道 119 號公理堂 17 樓 17/F, Congregation House, 119 Leighton Road, Causeway Bay, Hong Kong

電話 Tel: (852) 2632 5598 傳真 Fax: (852) 2632 5738

辦事處地址 Office address：九龍將軍澳安達臣道 301 號 301 Anderson Road, Tseung Kwan O, Hong Kong

電話 Tel: (852) 2703 1722 傳真 Fax: (852) 2703 6320