



## 兼收學童言語治療轉介表

幼兒園／幼兒中心名稱	:	_____		
負責老師	:	_____		
學童姓名	:	_____ (中文)	_____ (英文)	
年齡 / 性別	:	_____		
出生日期	:	____/____/____	出世紙號碼	: _____
入託兼收計劃學位日期	:	____/____/____	年級	: _____
家長 / 監戶人姓名	:	_____	關係	: _____
聯絡電話	:	_____		
地址	:	_____		

1) 醫學診斷: \_\_\_\_\_

2) 觀察言語能力:

未出現語言表達能力

生字及認知能力較弱

句子短, 文法毛病

發音毛病

自閉傾向/沒有溝通意慾

弱聽

估計與同齡學童一樣

其他: \_\_\_\_\_

3) 轉介者 (請參看 CRSRehab-Ps Form2)

機構: \_\_\_\_\_ 覆診編號: \_\_\_\_\_

轉介日期: \_\_\_\_\_

語言能力  正常

遲緩 理解能力語齡: \_\_\_\_\_ 表達能力語齡: \_\_\_\_\_

4) 有沒有接受過任何言語治療訓練?

沒有

等候中 機構: \_\_\_\_\_ 排期始自: \_\_\_\_\_

有 機構: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

5) 家長的憂慮: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) 家長之同意書/授權書

已解釋及準備妥 (請連用此表一併交給本服務隊)  還未準備好

負責老師簽署: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_