



## ❖ 小豆豆感覺肌能訓練計劃 ❖

感謝閣下對本機構提供的服務感到興趣，為了更清楚了解每一位小朋友所遇到的問題，煩請閣下填寫以下的報名表格，以便作出跟進。

小朋友姓名： \_\_\_\_\_ 中文 \_\_\_\_\_ 英文 \_\_\_\_\_  
 出生日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齡： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 男 / 女  
 就讀學校： \_\_\_\_\_ 級別： \_\_\_\_\_  
 家長姓名： \_\_\_\_\_ 聯絡電話： \_\_\_\_\_ 緊急聯絡電話： \_\_\_\_\_  
 住址： \_\_\_\_\_  
 E-mail 電郵： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

你的孩子是否正接受以下的學前康復服務：( 必須填寫欄 )

是 ( 請別選以下項目 ) :  否

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 早期教育及訓練中心        | <input type="checkbox"/> 特殊幼兒中心       |
| <input type="checkbox"/> 幼稚園暨幼兒中心兼收弱能兒童計劃 | <input type="checkbox"/> 到校學前康復服務試驗計劃 |

兒童出生資料 ( 請別選適合的項目 ) : (1) 順產 / 剖腹生產 / 吸盤生產 (2) 足月出世 / 早產 週  
 你的孩子有沒有食物敏感：  沒有  有，請列明： \_\_\_\_\_

你關顧孩子的情況： ( 請別選適合的項目 )

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 懷疑/確診發展遲緩     | <input type="checkbox"/> 懷疑/確診讀寫困難               | <input type="checkbox"/> 懷疑/確診感覺統合問題 |
| <input type="checkbox"/> 異常情緒/行為困擾     | <input type="checkbox"/> 懷疑/確診注意力不足/過度活躍 (AD/HD) |                                      |
| <input type="checkbox"/> 懷疑/確診有焦慮/抑鬱困擾 | <input type="checkbox"/> 懷疑/確診自閉症譜系困難(ASD)       |                                      |

請別選孩子目前的困難： ( 請別選適合的項目 )

- |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 專注力方面     | <input type="checkbox"/> 自我控制方面    | <input type="checkbox"/> 學習能力方面    |
| <input type="checkbox"/> 課室學習行為方面  | <input type="checkbox"/> 肌能協調方面    | <input type="checkbox"/> 執筆及抄寫方面   |
| <input type="checkbox"/> 感覺統合發展方面  | <input type="checkbox"/> 情緒行為方面    | <input type="checkbox"/> 遊戲及社交行為方面 |
| <input type="checkbox"/> 其它： _____ | <input type="checkbox"/> 其它： _____ | <input type="checkbox"/> 其它： _____ |

小朋友曾經或現正接受私營的治療或訓練服務？ 沒有 / 有 ( 如有，請於以下列明，謝謝！ )

(1) \_\_\_\_\_ 日期：由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_ 日期：由 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

你從那裡得悉這項服務？

- |                             |                                    |                               |                                 |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 網頁 | <input type="checkbox"/> 宣傳單張      | <input type="checkbox"/> 親友介紹 | <input type="checkbox"/> 其它機構介紹 | <input type="checkbox"/> 兒童評估中心的資料 |
| <input type="checkbox"/> 橫額 | <input type="checkbox"/> 其它： _____ |                               |                                 |                                    |

填寫人： \_\_\_\_\_ ( 與小朋友的關係： \_\_\_\_\_ ) 填寫日期： \_\_\_\_\_

*職員專用	收件日期： _____	狀態： 接受 / 拒絕，原因： _____
	申請編號： _____	跟進： _____
	職員簽署： _____	