南葵涌社會服務處
South Kwai Chung Social Service

言語及吞嚥治療中心

請填妥報名表格後交回本機構
地址：新界葵涌荔景邨仰景樓地下 6 號
電話：2743 0900　Whatsapp：5513 8651
傳真：2745 8898　電郵：sstc@skcss.org.hk

此部份由本機構職員填寫
個案編號：_____
申請日期：_____

兒童言語治療服務報名表格

服務使用者資料：

姓名：_____　英文姓名：_____　性別：☐男/☐女

出生日期：_____年_____月_____日　就讀學校：_____　現就讀年級：_____

學校類別：☐早期教育及訓練中心　☐特殊幼兒中心　☐兼收位幼兒學校　☐幼稚園/幼兒中心
☐小學　☐特殊學校　☐其他：_____

兒童有否長期疾病?：　☐沒有　☐有，請註明：_____

兒童有否對物件/食物/藥物敏感：　☐沒有　☐有，請註明：_____

兒童曾否接受評估?

☐曾接受政府兒童體能智力測驗中心評估　☐曾接受其他機構評估

診斷結果(可多選)：　☐言語發展遲緩　☐智力發展遲緩　☐大、小肌肉協調問題
☐社交能力弱、自閉傾向　☐學習障礙　☐其他：_____

☐未曾接受評估，現出現以下困難(可多選)：

☐言語情況：☐咬字發音　☐語言理解　☐語言表達　☐吞嚥困難　☐說話流暢度
☐智力發展遲緩　☐大、小肌肉協調問題　☐社交能力弱、自閉傾向　☐學習障礙　☐其他：

聯絡人資料：

聯絡人姓名：_____先生/女士*　與服務使用者關係：_____

同住家庭成員：父母_____人　子女_____人　祖父母/外祖父母_____人　其他，請註明：_____

地址：_____　電郵：_____

日間聯絡電話：_____手提電話_____(☐可作 WhatsApp 聯絡)

照顧者聯絡資料（陪同上堂人士）：

聯絡人姓名：_____先生/女士*　與服務使用者關係：_____

日間聯絡電話：_____手提電話_____(☐可作 WhatsApp 聯絡)

此部份由職員填寫　負責職員：_____

首次服務類別：☐初次評估 ☐個別課程 ☐小組課程　服務編號：_____

服務日期：_____年_____月_____日至_____月_____日，逢星期_____　時間：_____

本報名表格所收集的個人資料只用作申請服務之用，只有本機構授權人士方可查閱及使用相關資料。
本機構將來會根據您所提供之個人資料作本機構的通訊、推廣及邀請。如您反對上述用途，可以透過書面形式向本機構提出。
本機構之言語治療因應收生人數、合作伙伴的安排而有機會導致服務時間調動甚至取消。如受影響，本機構概不負責及賠償而不另行通知。