



## 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：64380 5691

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：\_\_\_\_\_