**言語及吞嚥治療中心**

**此部份由本機構職員填寫**

個案編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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：6438 5691**

**傳真：2745 8898 電郵：sstc@skcss.org.hk**

**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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |