南投縣身心障礙學生輔具使用建議表

填表人： 填寫日期：

專業類型：□物理治療師 □語言治療師 □職能治療師 □心理師 □聽力師 □驗光師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 學校名稱 |  | | 學生姓名 |  |
| 學生特教障礙類別 |  | | | |
| 身心障礙手冊 | □有手冊 □無手冊 | 手冊障礙類別 | |  |
| 學生現況描述 |  | | | |
| 建議使用之輔具 |  | | | |
| 輔具使用計畫  例如：每日使用時間、搭配何種教材(自製或其他？)等 |  | | | |
| 預期之使用效益 |  | | | |
| 其他建議  (無則免填) |  | | | |

專業人員簽名： 學校老師簽名：