

南投縣 學前特殊教育需求學生 特殊需求表 (園所填)

| | | | | | |
|-------------------------|--|--------------|---|-------------|--|
| 幼兒姓名 | | 班 別 | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 幼 | 評估日期 | |
| 填表人 | | 與個案關係 | <input type="checkbox"/> 班級導師 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | |
| 轉介原因 | 第一次發現發展遲緩的原因： <input type="checkbox"/> 學校發展篩檢未通過 <input type="checkbox"/> 班級觀察發現較同儕落後 <input type="checkbox"/> 家長自行發現 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 此次提報的原因： <input type="checkbox"/> 新提報個案（欲申請特教相關服務） <input type="checkbox"/> 重新鑑定（評估） | | | | |
| 特教相關服務 新提報免填 | 目前安置班型： <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 巡輔班（_____次/月） <input type="checkbox"/> 集中式特教班 已接受特教相關服務： <input type="checkbox"/> 教助員（_____時/周） <input type="checkbox"/> 語 <input type="checkbox"/> 物 <input type="checkbox"/> 職 <input type="checkbox"/> 輔具 安置適切性： <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 需調整：請說明希望如何調整排課或相關服務 | | | | |
| 一、家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 無特殊家庭問題 <input type="checkbox"/> 教養問題：_____ <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 文化刺激不足 <input type="checkbox"/> 父母為身精障人士 <input type="checkbox"/> 極少時間陪伴幼兒 <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 低社經家庭 <input type="checkbox"/> 父母為外籍人士：父/母國籍_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | |
| 二、主要適應 問題 | <input type="checkbox"/> 無適應問題 <input type="checkbox"/> 語言理解問題 <input type="checkbox"/> 語言表達問題 <input type="checkbox"/> 構音問題(需檢附語言互動影片) <input type="checkbox"/> 粗大動作問題 <input type="checkbox"/> 精細動作問題 <input type="checkbox"/> 社會人際互動 <input type="checkbox"/> 認知落後 <input type="checkbox"/> 生活自理不佳 <input type="checkbox"/> 情緒問題行為：_____，發生頻率：_____/天；_____/周 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | |
| 三、特殊教育 服務需求 | 特教巡迴輔導支援： <input type="checkbox"/> 目前無需求 <input type="checkbox"/> 需特教巡迴輔導教師提供學習相關服務（請於下方概述服務內容，如直接教學、行政諮詢、適應問題輔導等等） | | | | |
| | 相關專業服務： <input type="checkbox"/> 目前無需求 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 聽力師 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 請簡述需要專業服務原因：_____ | | | | |
| | 教師助理員： <input type="checkbox"/> 目前無需求 <input type="checkbox"/> 有需求，請說明須協助內容：_____ | | | | |
| | 輔具： <input type="checkbox"/> 目前無需求 <input type="checkbox"/> 輔具評估 <input type="checkbox"/> 行動輔具() <input type="checkbox"/> 聽覺類輔具 <input type="checkbox"/> 視覺類輔具 <input type="checkbox"/> 溝通輔具 說明：_____ | | | | |
| | 若上述皆無需求，請敘明申請鑑定原因： _____ | | | | |