**花蓮縣學前身體病弱學生重新評估報告書 撰寫人：○○國小○○○**

113學年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 | | |  | | | | | 學校 | |  | | | | | | 班 級 | | |  | |
| 性別 | | | □男 □女 | | | | | 生日 | |  | | | | | | 實足年齡 | | | 歲 月 | |
| 特教類別 | | |  | | | | | 亞 型 | |  | | | | | | | | | | |
| 目前  安置班型 | | | □普通班  □普通班接受特教服務 □不分類巡迴輔導班  □集中式特教班  □在家教育 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※醫療診斷：**（註：**＊號「2者擇1」**為必備佐證資料） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □**醫療診斷證明＊**  （一年內） | | | | | 醫療院所 |  | | | | | | 開立科別 | |  | | | | | |
| 開立日期 | | 年 月 日 | | | | | |
| 診斷內容  及醫囑 | |  | | | | | | | | | | | | |
| □**身心障礙證明＊** | | | | | 障礙類別 |  | | | | | ICF  診斷 | |  | | 鑑定日期 | | | 年 月 日 | |
| 障礙等級 |  | | | | | 重鑑日期 | | | 年 月 日 | |
| 家庭社區概況 | 主要照顧者稱謂： | | | | | | | | 原住民族：□是 □否 | | | | | | | | 新住民：□是 □否 | | | |
| 學生家庭成員、社經地位、父母職業、主要照顧者及教養態度等狀況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生長及醫療史 | 學生各發展階段及接受醫療等狀況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育史 | 學生就學經驗、在校特殊事件等部份 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※目前已提供特殊教育支持服務**  ＊請務必確認下列各項服務之現況，不可為未來將要申請或曾經提供而已取消之服務 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **教師助理人員或特教學生助理人員** | | □無此需求；有，□協助行動或生活自理 □協助處理嚴重行為問題 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **相關專業**  **服務** | | □無此需求；有：□物理治療 □職能治療 □語言治療 □心理治療  □聽能管理 □定向行動　□社會工作　□其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **輔具服務** | | □無此服務；有：□大字書、點字書或有聲書 □其他輔具： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **無障礙環境調整** | | □無此服務；有：□安排適當座位 □教室近廁所或無障礙廁所  □適當教室位置 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **轉銜輔導** | | □無此服務；有：□升學輔導 □心理輔導 □福利服務 □生活及就業服務  □相關專業服務 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **交通服務** | | □無此服務；□有需求。仍需依本縣身心障礙學生無法自行上下學交通服務規定提出申請 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他支持**  **服務** | | □無此服務；有：□視覺障礙學生巡迴輔導 □聽覺障礙學生巡迴輔導  □情緒行為問題專業支援團隊 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **重新評估整體分析** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鑑定基準 | | | | 指罹患疾病，體能衰弱，需要長期療養，且影響學習活動者。  前項所定身體病弱，其鑑定由醫師診斷後認定。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **基準檢核** | | | | **□符合 □不符合 鑑定基準；其他：** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **結論** | | | | 說明：請依鑑定基準綜合上述資料進行摘要說明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **安置學校** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **安置班別** | | | | □普通班 □集中式特教班 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **特殊教育**  **服務方式** | | | | □普通班接受特教服務 □不分類巡迴輔導班 | | | | | | | | | | | | | | | |