

特教相關專業團隊申請檢核表

- 語言治療 職能治療 物理治療
聽能管理 心理治療 社會工作 定向行動

學校：	學生姓名：	年級：
<p>一、申請原因（請普通班級教師填寫）</p> <p>語言治療：<input type="checkbox"/>配戴助聽器或人工電子耳 <input type="checkbox"/>聽不懂別人說的話，有時需要加上手勢或動作提示才瞭解 <input type="checkbox"/>無法完成連續兩個步驟以上的指令（如拍手後摸頭） <input type="checkbox"/>無法理解別人說的抽象語彙（如不慌不忙、感激等） <input type="checkbox"/>說話時漏掉一些音或發音不標準（如「雞」唸成「一」；「鞋子」說成「椰子」等） <input type="checkbox"/>大部分時間使用非口語方式和別人溝通（如手語、筆談、手勢、動作、圖片、溝通版、發脾氣、或哭叫等）</p> <p>● 其他質性描述</p> <hr/> <p>職能治療：<input type="checkbox"/>精細動作差（如運筆或使用剪刀有困難） <input type="checkbox"/>特別好動，注意力短暫或不易集中 <input type="checkbox"/>常常不依照指令行事或完成別人交代的工作（不是因為故意或聽不懂） <input type="checkbox"/>生活自理能力明顯有困難（如無法自己進食，穿脫衣褲鞋襪、如廁） <input type="checkbox"/>常常流口水，或是吃東西或喝水時，嘴唇不能緊閉，東西會由嘴角流出</p> <p>● 其他質性描述</p> <hr/> <p>物理治療：<input type="checkbox"/>需要或正在使用行動輔具或擺位輔具（如助行器、輪椅、站立架、矯正鞋或背架等） <input type="checkbox"/>體育課或參加戶外教學活動有困難（如跑跳有困難、做體操或攀爬等動作笨拙、丟接球或運球有困難） <input type="checkbox"/>生活自理時，有動作上的問題（如上廁所穿脫衣褲時無法保持平衡、手無力舉高梳頭、不會使用衛浴設備、不會打掃） <input type="checkbox"/>動作計畫與協調能力有困難或身體無法照著指示作活動（如不會單腳跳、交替跳、跳繩，或不會做韻律操）</p> <p>● 其他質性描述</p> <hr/> <p>聽能管理（若申請聽能管理服務請由聽障巡迴教師填寫第二部分評估建議）：<input type="checkbox"/>尚未配戴助聽器，需評估助聽器之可行性 <input type="checkbox"/>已配戴助聽器，需評估申請調頻輔具 <input type="checkbox"/>確認調頻輔具在學校運用情形，教師是否會使用 <input type="checkbox"/>助聽器與調頻輔具使用之後續諮詢與建議</p> <p>● 其他質性描述</p> <hr/> <hr/>		

心理治療：(請敘明理由)

社會工作：(請敘明理由)

定向行動：(請敘明理由，並請視障巡迴教師填寫第二部分評估建議)

核章：

二、特教老師初評建議

聽障巡迴教師評估建議

視障巡迴教師評估建議

核章：

三、其他

- 鑑輔會會議建議。(會議日期： 年 月 日)
- 其他相關醫師或治療師建議 (請檢附建議單或證明文件)
- 若申請心理治療服務請檢附學校已經給予輔導機制及紀錄。

承辦人員：

校長：