|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **注册信息** |

|  |
| --- |
| **重要提示：儿童姓名及家长姓名必须与证件所示一致** |
| 儿童姓名： |       | 填表日期： |       |
| 填表人： |       | 与儿童关系： |       |
| 性别： |  男 | 女  | 儿童国籍： |       |
| 年龄： |       | 民族： |       |
| 出生年月 (年/月/日) |       | 儿童证件号： |       |
| 出生地： |       |  现居住城市： |       |
| 儿童喜欢的称呼： |       | 移居时间（年/月/日）： |       |
| 家庭地址： |       |
| 儿童的儿科医生/主治医生： |       |
| **父亲信息** |
| 姓名：  |       | 主要联系人： |  是  |  否 |
| 邮箱地址： |       | 雇主公司名： |       |
| 手机号：  |       | 职业： |       |
| **母亲信息** |
| 姓名：  |       | 主要联系人： |  是 |  否  |
| 邮箱地址：  |       | 雇主公司名：  |       |
| 手机号：  |       | 职业： |       |
| **其他 / 监护人信息** |
| 姓名： |       | 主要联系人： |  是 |  否  |
| 邮箱地址：  |       | 雇主公司名： |       |
| 手机号：  |       | 职业： |       |
| 与儿童关系： |       | 法定监护人： |  是 |  否  |
| **语言和学校信息** |
| 孩子初学说话时学习的是哪种语言？ |        |  |
| 孩子在家与成人最频繁使用哪种语言？ |       |  |
| 在您家里成人间最频繁使用哪种语言？ |       |  |  |
| 您最常跟孩子说哪种语言？ |       |  |
| 孩子在学校使用哪种语言？ |       |  |
| 就读学校： | 年级： |
|        |  |       |
| **家庭成员一般情况** |
| 兄弟姐妹 – 请写明姓名及年龄      |

 |
| **儿童信息** |
| **儿童信息** |

|  |
| --- |
| **强项和兴趣** |
| 您孩子有哪些强项？      |
| 您欣赏孩子的哪些特质？      |
| 您的孩子喜欢哪些激励/鼓励方式？      |
| 您孩子有哪些兴趣爱好？       |
| **社交和感觉** |
| 您孩子对以下刺激是否有过敏或低敏反应？ 气味 触碰 声音 光线 运动 |
| 请描述： |       |
| 您的孩子是否： |  害羞 |  善社交 | 其他 |
| 若有其他，请描述： |       |
| 您的孩子有朋友吗？ |  有，多数同龄 |  有，多数成人 |  没有 |
| **转介人** |
| 转介人是谁？ |  |
| 您是否同意我们联系转介人以获得额外信息/说明？ |  是 是 |  否 |
| 若是，请提供姓名： |       |  联系信息： |       |
| 您是否同意此次转介？ |  是 |  否 | 若否，请说明原因： |
|       |
|  |
| 学校老师对孩子的注意力、行为、运动技能或学业方面有担忧吗? 请描述： |
|       |

 |
| **转介信息** |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **主要担忧领域** |

您是否担忧您孩子的… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 发音能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 语言沟通能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 语言理解能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 使用双手和手指的能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 使用双臂和双腿的能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 日常行为表现？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 与他人相处的能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 学习自理能力？ | 是 | 否 | 有一些 |
| 学龄前或学龄阶段的学习技能？ | 是 | 否 | 有一些 |
| Comments： |       |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **发育史** |

|  |
| --- |
| **特定诊断** |
| 您的孩子有任何特定诊断吗？ |
|       |
| 请详细描述您近期最担忧孩子的症状有哪些： |
|       |
|  |
| 您的孩子是否使用任何适应性设备？ |  是 |  否 |
| 若是，请列出设备： |       |

|  |
| --- |
| **出生记录** |
|  早产 |  分娩并发症 |  产后并发症 |  无并发症 |
| 孩子出生后的健康状况？  |  非常好 |  良好 |  一般 |
| 评论： |       |
| 您孩子是否领养？ | 是 否 | 请说明领养年龄？  |       |
| **药物 / 过敏** |
| 您孩子是否接受过任何药物治疗或服用维他命？ 是 否 |
| 若是，请列出剂量及频率： |       |
| 您的孩子有过敏或敏感现象吗？  |
|  是（药物） |  是（食品） |  是（其他） |
| 若是，请详细描述： |       |
| **发育里程碑** |
| 回应母亲 (0-1个月) | 延迟 |  正常 | 不知 |
| 独坐 (6-11个月) | 延迟 | 正常 | 不知 |
| 用食指做指向 (8-12个月) | 延迟 | 正常 | 不知 |
| 独走 (11-15个月) | 延迟 | 正常 | 不知 |
| 说第一个词 (9-13个月) | 延迟 | 正常 | 不知 |
| 搭配词语 (15-28个月) | 延迟 | 正常 | 不知 |
| **听力 & 视力** |
| 最近一次听力测试的日期： |       | 最近一次视力测试的日期： |       |
|  正常 |  不正常 |  不知 |  正常 | 不正常 | 不知 |
| 若不正常，请详细描述： |       | 若不正常，请详细描述： |       |
|  |  |
| **请在方框内打勾表示您的孩子已经接受了相关的评估、治疗或咨询，如可能请注明日期。** **请您附上与评估内容相符的报告副本，并敬请补充说明 。** |
| 评论： |       |
|  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **治疗和沟通偏好** |

|  |
| --- |
| **治疗偏好** |
| 您是否需要特定的服务？请勾选所有符合的项目： |
| 发育行为儿科 |  物理治疗 |
| 言语语言治疗 |  心理/心理教育评估 |
| 喂养/吞咽 | 心理治疗/咨询 |
|  作业治疗 |  学习支持/特殊教育 |
|  行为治疗/应用行为分析 |  听力训练 |
|  诊断/诊断评估 |  不清楚，我需要更多的信息做决定 |
| 您是否需要预约某位特定的医师或专家？ 是 否 |
| 若是，请提供详请： |       |
| **沟通偏好** |
| 您授权长和大蕴通过邮件方式与您交流治疗情况： 是 否 |
| 您是否愿意收到我们的定期邮件？ | 是 否 |
| 若是，请提供邮箱地址： |       |
| 您是否愿意通过短信接收信息及预约提醒： 是 否 |
| 若是，请提供手机号码： |       |
| 您如何得知长和大蕴？ |       |

 |
| *感谢您完成此份表格；我们会尽快联系您。我们保证您提供的个人信息的安全性。* |