

為及早識別有特殊需要的兒童，以便盡早轉介他們至合適的服務，本會誠邀醫療顧問親臨中心，為懷疑有特殊需要的幼兒，提供醫學評估/診斷，並按評估/診斷結果，轉介至合適的服務。

參與醫生：兒科專科醫生

為幼兒進行體能及智力發展評估，診斷後提供評估報告，以便轉介至合適的服務，如：輪候社署學前兒童康復服務。

服務對象

2歲至4歲半幼兒

服務收費

\$6,800 (診症約需 75 分鐘)

服務安排

所有評估服務均需預約

兒童需由家長陪同

服務地點

林紅芸兒童發展中心

地址：北角電氣道180號百家利中心6樓全層

耀能兒童發展中心 (樂富)

地址：九龍橫頭磡邨宏照樓地下9-17號

譚榮芬兒童發展中心

地址：大圍車公廟道69號顯徑邨顯徑商場 B翼地下1號(顯徑體育館旁)

查詢及預約

請填妥報名表格，然後電郵或傳真到耀能兒童發展中心，職員會盡快聯絡申請人商議安排。**成功預約者將收到預約編號及確認服務電郵**

電話：2866 3236

傳真：2866 3550

電郵：cdc@sahk1963.org.hk



(傳真:2866 3550 電郵: cdc@sahk1963.org.hk)

兒童姓名(中文): _____ (英文): _____
出生證明書/身份證編號: _____ 性別: _____
出生日期: _____ 年齡: _____
現就讀學校/幼稚園: _____ 班級: _____
住址: _____
家長電話:(住宅): _____ (手提): _____
電郵(請以正楷填寫): _____

為了解學童的需要，請詳述學童之情況：

學習方面 (例如：上課不能集中、書寫能力較弱)

行為方面 (例如：未能服從指令、不願上學、暴力或自傷行為)

社交溝通方面 (例如：言語發展遲緩、重複別人說話、迴避眼神接觸)

情緒方面 (例如：經常哭泣、容易發脾氣、容易焦慮)

動作協調方面 (例如：容易無故跌倒、抄寫速度慢、自理能力較弱)

其他方面

你從何途徑得知此服務資料? _____

*如曾在政府兒童體能智力測驗中心/兒童精神科登記評估服務，請註明：

登記中心/醫院: _____ 登記日期: _____

中心日後將繼續把最新活動資訊通知閣下，如不欲收取，請在右格加上✓號

填表人姓名: _____ 簽署: _____ 日期: _____