

**耀能兒童發展服務**  
**心理學家服務報名表**

**基本資料**

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：\_\_\_\_\_

居住地址：\_\_\_\_\_

家長電話：(住宅)：\_\_\_\_\_ (手提)：\_\_\_\_\_

電郵(請以正楷填寫)：\_\_\_\_\_

**家庭資料**

姓名	年齡	職業
(父親)		
(母親)		
(兄/弟/姊/妹/其他)		
(兄/弟/姊/妹/其他)		

**兒童資料**

1. 兒童溝通語言：廣東語 普通話 英語 其他：\_\_\_\_\_

2. 兒童曾否接受醫生診斷或智能評估？沒有 有，診斷結果：\_\_\_\_\_

提供診斷機構及日期：\_\_\_\_\_ (日期：\_\_\_\_\_)

3. 幼兒現時有沒有輪候衛生署轄下母嬰健康院 / 兒童體能智力測驗中心的評估服務？

沒有  有：母嬰健康院/兒童體能智力測驗中心名稱：\_\_\_\_\_

預約日期：\_\_\_\_\_

4. 幼兒現時有沒有輪候或接受社會福利署資助的學前兒童康復服務？

沒有  有，服務類別：\_\_\_\_\_

5. 兒童現正接受的服務/訓練/治療：\_\_\_\_\_

6. 兒童的興趣：\_\_\_\_\_

7. 兒童的長處/優點：\_\_\_\_\_

8. 兒童有否長期身體疾病? 沒有 有, 請註明: \_\_\_\_\_
9. 最近兒童會否有發生特別經歷? 沒有 有, 請註明: \_\_\_\_\_
10. 家中是否有其他成員曾經/正接受心理服務? 沒有 有  
如有, 成員姓名是: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_ 原因: \_\_\_\_\_

兒童之情況或困難

範疇	狀況	
<b>學習</b> (例如: 上課不能集中、書寫能力較弱)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:
<b>情緒</b> (例如: 經常哭泣、容易發脾氣、容易焦慮)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:
<b>社交</b> (例如: 重複別人說話、堅持己見)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:
<b>語言</b> (例如: 言語發展遲緩)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:
<b>自理能力</b>	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:
<b>專注力</b> (例如: 難以安坐)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:
<b>體能</b> (例如: 步行穩定性)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述:

如有其他行為狀況(例如：未能服從指令、不願上學)，請簡述：

請於所選的服務加上“√”號：

- 學前兒童發展障礙評估
- 讀寫障礙評估
- 自閉症初步識別評估
- 專注力不足/過度活躍症初步識別評估
- 諮詢/輔導服務
- 其他，請註明：\_\_\_\_\_

請於所選的時段加上“√”號（此乃參考之用，如未能因應安排，敬請見諒）：

- 星期一至五上午
- 星期一至五下午
- 星期六上午
- 星期六下午

你從何途徑得知此服務資料？

- 醫院 / 兒童體能智力測驗中心
- 親友介紹
- 講座
- 宣傳單張
- 學校
- 互聯網
- 其他：\_\_\_\_\_

\*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

父母/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

請填妥報名表，郵寄、傳真或電郵至耀能兒童發展服務

地址：大圍車公廟道69號顯徑邨顯徑商場 B翼地下1號（MTR顯徑站A出口）

電話：3422 8202

傳真：3422 8685

電郵：cdc@sahk1963.org.hk

此欄由機構職員填寫

收取報名表格日期：\_\_\_\_\_ 負責同事：\_\_\_\_\_

服務類別：\_\_\_\_\_ 評估日期：\_\_\_\_\_