

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)：_____

出生日期：_____ 年齡：_____ 性別：_____

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

- 兒童溝通語言：廣東語 普通話 英語 其他：_____
- 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：_____)
- 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：_____
- 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：_____
- 兒童現正接受的服務/訓練/治療：_____
- 兒童的興趣：_____
- 兒童的長處/優點：_____
- 兒童有否長期身體疾病?沒有 有，請註明：_____
- 最近兒童會否有發生特別經歷?沒有 有，請註明：_____
- 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	
學習 (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：
情緒 (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：
社交 (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：
語言 (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：
自理能力	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述：
專注力 (例如：難以安坐)	<input type="checkbox"/> 較弱 <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 較強	請簡述：
體能 (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：

學前評估 (2歲6個月以上就讀幼稚園的學童)

學前兒童發展障礙評估

*額外部份 (需先完成學前兒童發展障礙評估):

專注/情緒/行為/社交溝通評估

早期讀寫困難初步識別

學齡評估 (就讀小學或中學的學童)

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：_____