

出生時的體重： _____ 鎊 _____ 盎司 Apgar 分數： _____ 1分鐘 _____ 5分鐘

在分娩過程中確實發生了以下哪一種情況？

- 早產 輸血 剖腹產 臀位分娩 產程延長 氧氣問題
 血型不合 (Rh因子) 胎兒宮內窒息

出生時的其他問題和/或擔憂：

難道孩子有學習吃飯、睡覺、坐下、走路或者講話的困難？ 是 否 如果回答“是”，請說明：

孩子經歷過任何創傷性事件如近親的去世、離婚、家庭危機？ 是 否 如果回答“是”，請說明：

第III部分—病史

- | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生理缺陷 | <input type="checkbox"/> 經常感冒 | <input type="checkbox"/> 過敏 | <input type="checkbox"/> 講話的問題 | <input type="checkbox"/> 眼部問題 | <input type="checkbox"/> 經常喉嚨痛 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 飲食問題 | <input type="checkbox"/> 耳疾 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 癲癇 | <input type="checkbox"/> 嚴重事故或受傷 |
| <input type="checkbox"/> 手術 | <input type="checkbox"/> 心臟病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 體溫高於104 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

說明上述勾 的任何問題：

孩子是否曾經住院？ 是 否 多長時間 _____ 住院年齡 _____

原因

孩子目前正在接受治療或服用藥物？ 是 否 如果回答“是”，請說明：

您如何評價孩子的一般健康狀況？ 極好 <> 好 一般 很差

第IV部分—社會/行爲特徵

請勾選任何描述了孩子的下列行爲：

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 靈活 | <input type="checkbox"/> 有創意 | <input type="checkbox"/> 缺乏自我控制 |
| <input type="checkbox"/> 外向 | <input type="checkbox"/> 尿床 | <input type="checkbox"/> 情緒經常突然變化 |
| <input type="checkbox"/> 一貫注意力時間短 | <input type="checkbox"/> 吸吮拇指 | <input type="checkbox"/> 行爲過多的不一致 |
| <input type="checkbox"/> 做白日夢 | <input type="checkbox"/> 咬指甲 | <input type="checkbox"/> 需要不斷的認可或安慰 |
| <input type="checkbox"/> 易於合作 | <input type="checkbox"/> 呆板 | <input type="checkbox"/> 對他人具有不同尋常的攻擊性 |
| <input type="checkbox"/> 做惡夢 | <input type="checkbox"/> 過度活躍 | <input type="checkbox"/> 不同尋常的害羞或孤僻 |
| <input type="checkbox"/> 發脾氣 | <input type="checkbox"/> 活躍的 | <input type="checkbox"/> 無法完成任務和活動 |
| <input type="checkbox"/> 不合理的恐懼 | <input type="checkbox"/> 喜愛音樂的 | <input type="checkbox"/> 很難改變日常活動 |
| <input type="checkbox"/> 很快產生想法 | <input type="checkbox"/> 搖擺的 | <input type="checkbox"/> 缺乏條理 |
| <input type="checkbox"/> 耽于幻想 | <input type="checkbox"/> 不夠活躍 | <input type="checkbox"/> 避免閱讀 |
| <input type="checkbox"/> 有藝術天賦的 | <input type="checkbox"/> 自信的 | <input type="checkbox"/> 很難說出時間 |
| <input type="checkbox"/> 經常說謊 | <input type="checkbox"/> 喜歡閱讀 | |
| <input type="checkbox"/> 避免做家庭作業 | <input type="checkbox"/> 經常遲到 | |
| <input type="checkbox"/> 不願意合作 | <input type="checkbox"/> 似乎不明白問題或指示 | |
| <input type="checkbox"/> 經常和自己說話 | <input type="checkbox"/> 很難結交朋友并保持友誼 | |
| <input type="checkbox"/> 夢遊 | <input type="checkbox"/> 使用數字感到困難 | |
| <input type="checkbox"/> 缺乏動機 | | |

評論您特別擔憂的任何行爲：

您的孩子有沒有學校可能不知道的任何的評估？

- 教育 心理 醫療 其他 _____

說明（什麼評估、時間、評估人）

您的孩子的興趣是什麼？

您的孩子擅長做什麼？

您最喜歡孩子的哪些方面？

您認為學校如何可以幫助孩子呢？

您覺得是否有更多的資訊會幫助我們更好地了解孩子？

資訊來源於

我明白這些資訊將被用來幫助確定我的孩子是否有教育方面的殘障。 這份材料將被存入我孩子的保密文件夾。

簽名，面試官

日期

簽名，家長/監護人

日期