**協同評估資料表(協同心評老師填寫)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 | |  | 出生年月日 |  | 家長姓名 |  |
| 學生能力觀察評估 | 粗大動作 |  | | | | |
| 精細動作 |  | | | | |
| 認知能力 |  | | | | |
| 溝通能力 |  | | | | |
| 社會適應 |  | | | | |
| 生活自理 |  | | | | |
| 情緒控制 |  | | | | |
| 家庭現況 |  | | | | |
| 其他 |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 安置建議 | 家長安置意願 | 一、 二、 三、 | |
| 學前 | □學前集中式特教班 □學前集中式聽障班  □學前不分類巡迴輔導(公私立幼兒園適用)  □其他 | |
| 特殊需求課程 | | □生活管理 □社會技巧 □學習策略 □定向行動 □點字 □溝通訓練  □動作機能訓練 □輔助科技應用 □其他： |
| 助理人員 | | □協助行動 □協助生活自理 □協助處理嚴重行為問題 □其他： |
| 專業團隊需求 | | □無此項需求  □有此需求：(參考學校功能篩檢表或專業人員評估報告或聯合評估報告)  □物理 □職能 □語言 □心理 □專業團隊評估  □聽力評估 □職業輔導 □定向行動 □社工人員介入  □其他： |
| 勾選以上服務，請說明需治療師服務的原因： |
| 輔具 | | □無此項需求  □有此需求：  □助聽器材 □大字書 □點字書 □擴視機 □放大鏡  □點字機 □輪椅 □輔具評估 □語音報讀光碟播放器  □其他： |
| 無障礙環境 | | □無此項需求  □有此需求：  □特殊桌椅 □廁所 □電梯 □斜坡道 □樓梯扶手 □教室位置調整  □教室座位安排 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **協同評估人員建議** | | | |
|  | | | |
| 評估者學校名稱 |  | 評估者簽名 |  |