

家長訪談紀錄表

幼兒姓名：_____ 性別：男 女 填寫日期：__年__月__日
 出生序：老大 老二 其他__ 出生日期：__年__月__日
 居住地址：彰化縣_____鄉/鎮/市_____
 填表人(關係)：_____ 幼兒實足年齡：__歲__月

幼 兒 狀 況	◆母親懷孕或孩子出生時的問題：
	<input type="checkbox"/> 無特殊問題 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 懷孕異常 _____
	<input type="checkbox"/> 早產(懷胎__週) <input type="checkbox"/> 黃疸過高 <input type="checkbox"/> 體重過輕 _____公克
	<input type="checkbox"/> 出生後曾急救 <input type="checkbox"/> 其他_____
	◆新生兒時的問題： <input type="checkbox"/> 無特殊問題 <input type="checkbox"/> 吸吮困難 <input type="checkbox"/> 新生兒黃疸 <input type="checkbox"/> 其他_____
	◆從小發展情形：
	動作發展(坐_____月；站_____月；走路_____月；其他_____)
	語言發展(聽懂簡單命令_____月；叫爸媽_____月；其他_____)
	生活自理(用手勢動作表示大小便_____月；大小便會自己說_____月； 會拿湯匙吃飯_____月；會自己脫衣服_____月；其他_____)
	◆從小健康情形： <input type="checkbox"/> 經常生病 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不常生病 <input type="checkbox"/> 從不生病
	◆曾患過的重大疾病：
	<input type="checkbox"/> 無特殊疾病 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 日本腦炎 <input type="checkbox"/> 腦膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 <input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 其他_____
◆發現問題的時間：孩子_____歲 _____月時	
◆領身心障礙手冊或相關證明情形：	
<input type="checkbox"/> 尚未評估過	
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊/證明(類別：_____；等級：_____)	
<input type="checkbox"/> 領有公私立醫院證明(診斷：_____)	
<input type="checkbox"/> 領有評估綜合報告書(診斷：_____)	
◆使用療育資源情形：	
<input type="checkbox"/> 從未接受過復健相關治療或教育訓練	
<input type="checkbox"/> 復健相關治療(場所_____治療種類_____時間_____)	
<input type="checkbox"/> 早療機構(場所_____時間_____)	
<input type="checkbox"/> 幼兒園(場所_____時間_____)	
◆目前發展或行為問題：	
<input type="checkbox"/> 生理問題(<input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦傷 <input type="checkbox"/> 其他__)	
<input type="checkbox"/> 行為問題(<input type="checkbox"/> 過動 <input type="checkbox"/> 情緒不穩 <input type="checkbox"/> 易分心 <input type="checkbox"/> 自我刺激行為_____ <input type="checkbox"/> 其他__)	
<input type="checkbox"/> 動作問題	
<input type="checkbox"/> 語言問題	
<input type="checkbox"/> 認知問題	
<input type="checkbox"/> 社會情緒問題	
<input type="checkbox"/> 生活自理問題	
◆孩子的優點：_____	
◆目前服藥情形： <input type="checkbox"/> 未服藥	
<input type="checkbox"/> 服藥，藥物名稱_____服用時間_____	
◆慣用手： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 皆可	
◆孩子的喜好：人_____、物_____、活動_____	

家庭狀況(幼兒之主要照顧者若非父母時，請填寫「其他照顧者」與「其他照顧者配偶」欄位)

- ◆家中人口：父 母
子女數____人(兄__人__歲；弟__人__歲；姊__人__歲；妹__人__歲)
其他家人_____
- ◆目前主要照顧者：父母 父 母 祖父母 外公婆 其他__
- ◆教育程度：(父)不識字 國小 國中 高中(職) 專科 大學 研究所
(母)不識字 國小 國中 高中(職) 專科 大學 研究所
(其他照顧者)不識字 國小 國中 高中(職) 專科 大學 研究所
- ◆父母(或其他照顧者)年齡：(父)____歲 (母)____歲
(其他照顧者)____歲 (其他照顧者配偶)____歲
- ◆父母(或其他照顧者)職業：(父)____(請註明職務)
(母)____(請註明職務)
(其他照顧者)____(請註明職務)
(其他照顧者配偶)____(請註明職務)
- ◆父母(或其他照顧者)健康狀況：(父)良好 稍差 差
(母)良好 稍差 差
(其他照顧者)良好 稍差 差
(其他照顧者配偶)良好 稍差 差
- ◆父母(或其他照顧者與配偶)關係：已婚且同住 已婚但分住兩地 分居 離婚
喪偶 同居 未婚 其他__
- ◆國籍：(父)本國籍(非原住民) 本國籍(原住民) 中國籍 外國籍__
(母)本國籍(非原住民) 本國籍(原住民) 中國籍 外國籍__
(其他照顧者)本國籍(非原住民) 本國籍(原住民) 中國籍 外國籍__
- ◆家庭經濟狀況：富裕 小康 普通 清寒 貧困
- ◆主要經濟來源：父 母 祖父母 其他_____
- ◆出生後照顧情形：父母一起照顧 父(含生父、繼父、養父)
母(含生母、繼母、養母) 祖父母或外公婆
外傭 其他_____
- ◆目前孩子由外傭照顧情形：無 有
- ◆父母(或其他照顧者)教養態度：(父)嚴厲 放任 民主
(母)嚴厲 放任 民主
(其他照顧者)嚴厲 放任 民主
- ◆家人關係：和諧 尚可 較差 疏離或衝突 其他_____
- ◆家中慣用語言：國語 台語 客語 其他_____
- ◆住家環境：家中有孩子活動空間 孩子有單獨房間
住家附近有幼兒遊戲場所 其他__
- ◆主要休閒活動：看電視 聽音樂 家人聊天 拜訪親朋 上館子
郊遊 運動 看書 逛街 養寵物
其他_____
- ◆家庭資源情形：必要時很多親友能幫忙 還有一些親友能幫忙
很少親友能幫忙 幾乎沒有親友能幫忙
- ◆家庭目前已獲得社會福利補助的項目：_____

家人期望