臺北市立聯合醫院仁愛區精神科

**國小低年級人際發展團體（106-4）報名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家長姓名 |  | 聯絡電話 | (M)  (H) | e-mail |  |
| 姓 名 |  | 性 別 |  | 出生日期 |  |
| 身份證字號 |  | 就讀學校 |  | 就讀年級 |  |
| 精神(心智)科就診資訊 | □未曾就診  □曾於 就診，初次就醫年齡： ，原因為：  診斷為： | | | | |
| 目前是否  服用藥物？ | □無  □是，藥物名稱： | | | | |
| 目前是否  接受治療 | □無  □是（請勾選並簡述治療概況）  □醫療資源： 醫院，進行的治療為  □學校資源：  □其他： | | | | |
| 人際互動  概況 | 請簡述孩子與同儕互動之情形或相處上的困難  請簡述孩子與家人、師長互動之情形或相處上的困難  （背面仍有內容） | | | | |
| 兒童發展  概況 | 請簡述孩子在肢體動作、協調或語言表達上發展之情形或困難 | | | | |
| 團體的期待  ※若有需要補充之事項，可繼續填寫。 | 簡述對團體的期待（您希望從團體中獲得什麼？） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 補充說明  事項 |  |

報名日期：