臺北市立聯合醫院仁愛區精神科

**兒童人際互動團體 報名表（110-Q4）**

|  |  |
| --- | --- |
| 參與組別 | 4-6年級 (三)14:00-15:10  |
| 家長姓名 |  | 聯絡電話 |  | e-mail |  |
| 學生姓名 |  | 生理性別 | □男 □女 | 出生日期 |  年 月 日 |
| 身份證字號 |  | 就讀學校 |  | 就讀年級 |  |
| 精神(心智)科就診資訊 | 曾於 (醫院/診所)就診，初次就醫年齡： 歲，診斷為： 。目前就診情況 □規律： 週回診1次 □不一定 |
| 是否用藥 | □未曾 □曾用藥，目前無。 □目前有，藥物名稱：  |
| 處遇經驗(期程) | □ 物理治療 ( 年 個月)□ 職能治療 ( 年 個月)□ 語言治療 ( 年 個月) □ 認知治療 ( 年 個月) □ ABA應用行為分析治療( 年 個月)  | □ 專注力訓練 ( 年 個月)□ 個別治療 ( 年 個月) □ 團體心理治療( 年 個月)□ 其他  |
| 處遇階段 | 根據上方經驗，勾選受治療階段： □學齡前約 歲時， □國小 年級 |
| 醫療資源 | □重大傷病卡 □殘障手冊 | 學校資源 | □特教班 □資源班 □輔導室 |
| 人際概況 |  請簡述個人與同儕互動之情形。可繼續填寫於下一頁。 |
| 人際概況 |   |
| 對團體期待 |  請簡述對參與團體的預期目標（您希望孩子從團體中獲得什麼？） |
| 補充說明事項 |  |

填表人： 填表日期：