

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校心理諮商中心

疑似特殊教育學生轉介單

一、基本資料

○個案姓名：_____，性別：_____，學號：_____，班級/科別：_____

○疑似障礙類別：

☐情緒行為障礙 ☐學習障礙 ☐自閉症 ☐智能障礙 ☐聽覺障礙 ☐視覺障礙

☐語言障礙 ☐肢體障礙 ☐腦性麻痺 ☐身體病弱 ☐多重障礙 ☐其他障礙_____

二、轉介原因

三、健康狀況（重大疾病史與用藥情形）

四、感官功能評估（視聽功能與感官反應狀況）

五、知覺動作（動作協調與精細操作能力）

六、認知能力（理解推理記憶與注意力表現）

七、溝通能力（口語表達理解與互動情形）

八、學業能力（各科表現與學習困難情形）

九、生活自理能力（生活獨立與自我照顧能力）

十、情緒及社會行為（情緒調適與人際互動表現）

十一、綜合評估個案優弱勢能力

十二、輔導介入與建議

轉介人員簽名：_____