

_____學年度第_____學期 學前教育階段疑似身心障礙幼兒

專業團隊服務記錄

學校：○○○幼兒園 學生姓名：○○○ 班級：○○班

輔導日期 與時間		本次服務內容		本次建議事項			
0000-00-00 (一) 00：00~00：00							
專業人員姓名 及專業類別		輔導模式		老師提問或 學生主要問題		課程陪同人員	
○○○ <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療		<input type="checkbox"/> 入班觀察 <input type="checkbox"/> 協同教學 <input type="checkbox"/> 個別輔導 <input type="checkbox"/> 抽離直接教學 <input type="checkbox"/> 電訪服務 <input type="checkbox"/> 教學演示 <input type="checkbox"/> 教師諮詢 <input type="checkbox"/> 特教資源整合 <input type="checkbox"/> 其他_____				<input type="checkbox"/> 班級教師 <input type="checkbox"/> 特教業務承辦人 <input type="checkbox"/> 行政人員 <input type="checkbox"/> 其他_____	
治療師簽名				特教業務承辦簽名			