

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****早期介入服務記錄**Prekindergarten/Head Start Programs  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**指示**

蒙郡公立學校(MCPS)家庭服務工作人員(FSW)與家長/監護人一同填寫這份表格，並審查內容是否準確。資料將用來為學生提供支持。

**學生資料**

孩子姓名\_\_\_\_\_ 出生日期\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

您對孩子有任何擔憂嗎？請勾選所有適用的選項並在提供的空白處說明詳細情況。

- 小塊肌肉的發展 \_\_\_\_\_  語音/語言 \_\_\_\_\_
- 行為 \_\_\_\_\_  視力/聽力 \_\_\_\_\_
- 基本健康(哮喘、過敏、糖尿病、癲癇等) \_\_\_\_\_

您的孩子是否需要在校服藥？  是  否

您的孩子是否需要在校使用**急救藥物**(腎上腺素自動注射針、吸入器、升糖素、凝膠、噴霧給藥)？  是  否 (如果是，請參考MCPS表格565-1，學生緊急信息)

您的孩子能自己上廁所嗎？  是  否 您的孩子在校上廁所時是否需要特殊治療/協助(胃造口餵食、導管插入等)？  是  否

您的孩子目前是否有個別教育計畫(IEP)？  是  否

**如果是，請附上一份最近的IEP。從哪裡？** \_\_\_\_\_

您的孩子是否正在接受特殊服務？  是  否

**請勾選所有適用的選項：**  學前教育計畫(PEP)  語音  OT/PT (物理治療)  
 幼前語言課  私人  巡迴服務(學校的托兒服務)

您的孩子在哪裡接受這些特殊服務？ \_\_\_\_\_

每週幾次？ \_\_\_\_\_

您的孩子是否參加過**嬰幼兒計畫**？  是  否 (在家或托兒所)

**如果是，請附上一份最近的IFSP。從哪裡？** \_\_\_\_\_

您的孩子是否接受過任何評估或測試，例如，語音、心理、發展、職業治療(OT)、或物理治療(PT)等？ 什麼時候？ \_\_\_\_\_

您是否曾經帶孩子去過**Child Find Clinic**？  是  否

您是否已經約好時間，要帶孩子去**Child Find Clinic**？  是  否

如果是，什麼時候？ \_\_\_\_\_ (請提供報告)

**簽名**

家長/監護人姓名(請用正楷填寫) \_\_\_\_\_

家長/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

MCPS ID \_\_\_\_\_ Current School \_\_\_\_\_