



# 智力殘疾

多學科評估表—保密

Office of Special Education

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20850

MCPS表格336-66

2017年7月

第1頁, 共2頁

如果懷疑學生有智力殘疾, 請在個別教育計畫(IEP)團隊會議記錄後面附上這份補充文件。

學生姓名 \_\_\_\_\_ 學生ID號 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### A. 以往認定的教育殘疾(請勾選所有確診的項目。)

- |                                  |                               |                                  |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自閉症     | <input type="checkbox"/> 情緒障礙 | <input type="checkbox"/> 其它健康障礙  |
| <input type="checkbox"/> 眼盲/視力障礙 | <input type="checkbox"/> 智力殘疾 | <input type="checkbox"/> 特定的學習障礙 |
| <input type="checkbox"/> 耳聾/聽力障礙 | <input type="checkbox"/> 多項殘疾 | <input type="checkbox"/> 言語/語言障礙 |
| <input type="checkbox"/> 發展遲緩    | <input type="checkbox"/> 肢體障礙 | <input type="checkbox"/> 創傷性顱腦損傷 |

### B. 評測數據

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 智力水平(測試名稱和分數) \_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 適應能力水平(測試名稱和分數) \_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 成績水平(測試名稱和分數) \_\_\_\_\_  
(日期)

用於比較學習速度和實足年齡的其它資料: \_\_\_\_\_

### C. 智力殘疾的特徵

學校心理專家必須證明, 學生有以下表現: (必須滿足所有條件才能被確認有智力殘疾)

- 是否在18歲以前開始出現症狀? 是  否   
學生的智力功能表現是否大大低於平均程度、其口頭和非口頭推理能力的全面衡量表現相當於或低於平均±標準衡量誤差的兩個標準偏差? 可以使用其它正式/非正式的衡量標準來澄清智力優勢/弱勢。此外, 心理學家在必要時還應當支持/反駁測試數據的有效性。 是  否
- **請注意:** 如果根據採用的測試方法手冊, 口頭和非口頭分數之間的誤差非常顯著(.05 級別), 則綜合分數**不能**被當作衡量學生智力潛能或證明智力殘疾診斷的有效標準。如果出現這種差異, 應當考慮把**較高分數**當作衡量學生智力潛能的**最佳標準**。
- 評測方法中的分數是否相當於或低於口頭和非口頭推理多項衡量標準平均值的兩個或多個標準誤差(包括因嚴重的身體殘疾、言語、聽力或視力障礙而在必要時使用適應服務)? 是  否
- 學生在沒有被視力、聽力、醫療或身體殘疾記錄、或文化或宗教因素排除在外的領域內是否表現出低於平均水平的適應能力?  
**兩名或多名熟悉學生情況的消息人士**報告稱:  
(a)適應能力(即實用、社交和/或概念技能)的程度嚴重受限, 及(b)受限情況在學業**和**非學業環境中都很明顯。 是  否

請勾選被一名或多名評估人評定為嚴重低於平均程度的每一項適應能力:

<input type="checkbox"/> 實用技能	<input type="checkbox"/> 社交技能	<input type="checkbox"/> 概念技能
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

請記錄可能會影響準確適應能力衡量標準(例如, 身體的受限情況)有效性的任何特殊情況。

\_\_\_\_\_

學生姓名 \_\_\_\_\_ 學生ID號 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**D. 可以支持/反駁智力殘疾診斷的身體和/或精神疾病的過往診斷。**

請列出包括診斷日期和評估人在內的信息。

日期/檢查人	診斷結果
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**E. 確認**

- 學校心理學家聲明, 學生表現出大大低於平均程度的智力功能, 同時併發適應行為上的障礙, 而且這些障礙在學生身心發展期間就已經出現? 是  否
- 學校心理學家聲明, 這些障礙對學生的教育表現造成負面影響? 是  否

\_\_\_\_\_

MCPS學校心理專家簽名

如果對任何一個問題回答"否", 則特殊教育流程將在此中止(如果不懷疑有其它教育殘疾。)  
如果懷疑有其它教育殘疾, 將把學生推介紹給IEP團隊做進一步介入和/或更多測試。

**F. IEP團隊的結論**

- 特殊教育服務是否正當? 是  否
- 需要設定目標的領域。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G. IEP團隊成員的簽名: 團隊的決定體現了我的意見。**

姓名	職稱	是	否
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**請注意:** 持不同意見的團隊成員**必須**單獨附上一份說明, 闡述他們的結論。當出現不同意見時, 請把不同意見的副本隨同這份填妥的表格副本一同交給Resolution and Compliance Unit, CESC, Room 208。