



多元文化個案評估前背景資料 – 兒童

Scharff Rethfeldt (2022)

兒童姓名 _____ 出生年月日 _____ 出生地與國籍 _____

地址 (請務必填寫郵遞區號) _____

個案相關資訊提供人姓名 _____ 填表人姓名 _____ 填表日期 _____

父母/法定監護人

母親姓名 _____ 出生年月日 _____ 出生地與國籍 _____

地址 (請務必填寫郵遞區號) _____

家用電話號碼 _____ 手機電話號碼 _____ 電子郵件信箱 _____

教育程度(請填寫最高學歷) _____ 現職 _____

因工作或其他因素不方便連絡的時間是 週一 / 週二 / 週三 / 週四 / 週五 / 週六 / 週日 _____ 點至 _____ 點
(請圈選)

父親姓名 _____ 出生年月日 _____ 出生地與國籍 _____

地址 (請務必填寫郵遞區號) _____

家用電話號碼 _____ 手機電話號碼 _____ 電子郵件信箱 _____

教育程度(請填寫最高學歷) _____ 現職 _____

因工作或其他因素不方便連絡的時間是 週一 / 週二 / 週三 / 週四 / 週五 / 週六 / 週日 _____ 點至 _____ 點
(請圈選)

父母自 _____ 起同住 / 分居, 自 _____ 起住在德國 _____
(請圈選) (請填寫日期) (請填寫日期)

居留身分	母親	<input type="checkbox"/> 歐盟國家公民	<input type="checkbox"/> 永久居留權	<input type="checkbox"/> 定居許可
		<input type="checkbox"/> 居留許可	<input type="checkbox"/> 簽證	<input type="checkbox"/> 受庇護的難民 <input type="checkbox"/> _____
	父親	<input type="checkbox"/> 歐盟國家公民	<input type="checkbox"/> 永久居留權	<input type="checkbox"/> 定居許可
		<input type="checkbox"/> 居留許可	<input type="checkbox"/> 簽證	<input type="checkbox"/> 受庇護的難民 <input type="checkbox"/> _____

由 (醫師姓名)轉介 _____ 保險公司名稱 _____

兄弟姊妹或其他家庭成員

姓名 _____ 出生年月日 _____ 出生地 _____ 男孩 女孩

姓名 _____ 出生年月日 _____ 出生地 _____ 男孩 女孩

姓名 _____ 出生年月日 _____ 出生地 _____ 男孩 女孩

其他同住的人有 _____

請問將接受評估的孩子是否為領養的？ 不是 是, 何時及自何處領養? _____

轉介原因

請簡述孩子的主要困擾? _____

請問誰最先注意到上題敘述的問題? 何時注意到的? _____

請問已做過甚麼努力以求改善? _____

孩子還有其他問題嗎? 沒有 有, 請簡述? _____

孩子出生前(孕期)與出生時的狀況/一般健康狀況

孩子在孕期是否有任何問題? 沒有 有

母親在懷這個孩子以前有無任何健康狀況? 沒有 有

母親在懷這個孩子期間有無生病或受傷? 沒有 有

母親在懷這個孩子期間是否服用藥物? 沒有 有

母親在懷這個孩子期間是否抽菸? 沒有 有

這個孩子是否早產? 沒有 是, 滿 _____ 週出生

這個孩子出生時的體重是 _____ g 出生時的身長是 _____ cm 阿帕嘉新生兒評分表得分 ____/____/____

生產這個孩子的過程是 自然產 剖腹生產 使用產鉗助產

真空吸引 其它狀況

母親生產這個孩子的過程是否有併發症? 沒有 有, 請簡述 _____

這個孩子是否喝母乳? 是, 孩子喝母乳到 _____ (年紀) 不是, 因為 _____

孩子喝誰的奶? 母乳 其他人(如奶媽)的 配方奶(奶粉)

孩子是否住過院? 否 是, 因何住院? _____

孩子是否動過任何手術? 沒有 有, 請簡述: _____

孩子是否曾經扁桃腺發炎? 沒有 有, 大概多久發生一次? _____

孩子的扁桃体/鼻息肉是否已被手術切除? 否 是, 何時摘除? _____

孩子是否曾患中耳炎? 否 是, 何時? _____

你的孩子是否有鼓膜積液? 否 是, 多常或何時? _____

孩子的聽力曾在 _____ (時、地)接受過評估。 結果為: 正常 顯著異常

孩子有沒有任何已知的過敏? 沒有 有, 是? _____

孩子目前是否正接受任何治療, 或者服藥? 否 是, 請簡述? _____

孩子是否曾患下列疾病?

麻疹 水痘 猩紅熱 百日咳 氣喘

腮腺炎 神經性皮膚炎 德國麻疹 腦膜炎 白喉

血吸蟲病 (重金屬)中毒 瘧疾 日本腦炎 _____

目前孩子有確診的疾病嗎？ 無 有， _____

孩子是否曾就診下列任何醫師或治療師？

- 小兒科醫師 耳鼻喉科醫師 神經科醫師 心理師 眼科醫師 _____
 語言治療師 復健師 職能治療師

孩子發展史

您記得孩子嬰兒期學會下列事項的年紀嗎？

- | | | |
|--------------------|--------------------------------|--|
| 孩子能自己翻身。 | <input type="checkbox"/> 不記得何時 | <input type="checkbox"/> 記得，孩子在 _____ 月大時學會。 |
| 肚子著地，孩子能自己扭來扭去。 | <input type="checkbox"/> 不記得何時 | <input type="checkbox"/> 記得，孩子在 _____ 月大時學會。 |
| 孩子會爬。 | <input type="checkbox"/> 不記得何時 | <input type="checkbox"/> 記得，孩子在 _____ 月大時學會。 |
| 不需人扶，孩子能自己坐好。 | <input type="checkbox"/> 不記得何時 | <input type="checkbox"/> 記得，孩子在 _____ 月大時學會。 |
| 孩子能自己扶著東西(如傢俱)站起來。 | <input type="checkbox"/> 不記得何時 | <input type="checkbox"/> 記得，孩子在 _____ 月大時學會。 |
| 孩子能自己走路。 | <input type="checkbox"/> 不記得何時 | <input type="checkbox"/> 記得，孩子在 _____ 月大時學會。 |

下列活動，哪些是孩子最喜歡的？

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 跑步 | <input type="checkbox"/> 攀爬 | <input type="checkbox"/> 開玩具車 | <input type="checkbox"/> 玩滑板車 | <input type="checkbox"/> 玩球 |
| <input type="checkbox"/> 嬉鬧 | <input type="checkbox"/> 游泳 | <input type="checkbox"/> 騎三輪車 | <input type="checkbox"/> 騎腳踏車 | <input type="checkbox"/> 溜滑輪/滑板 |
| <input type="checkbox"/> 盪鞦韆 | <input type="checkbox"/> 玩沙 | <input type="checkbox"/> 溜滑梯 | <input type="checkbox"/> 玩積木 (如樂高或得寶) | |
| <input type="checkbox"/> 畫畫 | <input type="checkbox"/> 做東西 | <input type="checkbox"/> 用剪刀剪東西 | <input type="checkbox"/> 看書 | |
| <input type="checkbox"/> 看電視 | <input type="checkbox"/> 玩電玩 | <input type="checkbox"/> 聽有聲故事 | <input type="checkbox"/> _____ | |

孩子是否好動？ 非常好動 蠻好動 不太好動 蠻靜的

孩子最愛最常做的活動類型是： _____

孩子最喜歡一起玩的人是？ _____
 (請寫出人名及年齡)

孩子喜歡自己玩嗎？ 不喜歡 喜歡，通常他(她)自己玩甚麼東西？ _____

平均而言，孩子可以從事一種活動多久？ 大約 _____ 分鐘

孩子喜歡唱歌嗎？ 不喜歡 喜歡 孩子喜歡聽音樂跳舞嗎？ 不喜歡 喜歡

孩子喜歡跟大家一塊唱唱歌或兒歌嗎？ 不喜歡 喜歡

孩子對看書有興趣嗎？ 沒有 有
 誰會讀書給孩子聽？ _____ 每週幾次？ _____
 (請寫下他(們)的名字、年齡及使用的語言)

孩子對聽故事有興趣嗎？ 沒有 有
 誰會講故事給孩子聽？ _____ 每週幾次？ _____
 (請寫下他(們)的名字、年齡及使用的語言)

孩子的家人(母親、父親)是否閱讀(書籍、雜誌等)？ 否 有，偶爾 有，總是

孩子看電視的時間大約是？
 從來不看 很少 每天 1 小時 每天 2-3 小時 每天超過 3 小時

孩子比較喜歡哪種食物？ _____ 比較有嚼勁 感較軟的食物

孩子有無下列習慣？ 吸吮姆指 吸奶嘴 (到 _____ 歲)

孩子嘴巴經常是 張開的，或 閉著的？

孩子用奶瓶喝奶到 _____ 歲

孩子幾歲可以自己用餐(不需人餵)？ _____ 歲

孩子通常跟誰一起用餐？ 在哪裡用餐？
 在家吃
 在幼稚園吃
 在學校吃

孩子的社會及教育相關狀況

孩子的主要照顧者是? (可填寫超過一人, 請寫下照顧者的姓名及年齡)

孩子是否上幼稚園 / 幼兒園? 是, 從 _____ 時 沒有
(請圈選)

上幼稚(兒)園的日子及頻率? 每天 (週一~週五), 從 _____ 點到 _____ 點 (請填時間)
 每週 _____ 次, 從 _____ 點到 _____ 點 (請填時間)

孩子喜歡上幼稚(兒)園嗎? 是, 總是 有時喜歡 不喜歡

幼稚(兒)園使用的語言是? _____

孩子容易和其他小孩互動嗎? 不容易 不知道 容易

孩子是否有接受特殊的語言訓練? 不容易 不知道 容易

機構名稱

課程名稱

老師名字

孩子開始上學了嗎? 是, 自從 _____ 其他課程 _____ 還沒
(如: 在教堂、宗教課程、語言課程)

上幼稚(兒)園的日子及頻率? 每天 (週一~週五), 從 _____ 點到 _____ 點 (請填時間)
 每週 _____ 次, 從 _____ 點到 _____ 點 (請填時間)

孩子喜歡上幼稚(兒)園嗎? 是, 總是 有時喜歡 不喜歡

幼稚(兒)園使用的語言是? _____

孩子容易和其他小孩互動嗎? 不容易 不知道 容易

孩子是否有接受特殊的語言訓練? 不容易 容易

機構名稱

課程名稱

老師名字

孩子有從事任何運動嗎? 沒有 有, 哪種呢? _____

孩子多常從事上述運動? 每週 _____ 天, 從 _____ 點至 _____ 點, 在 _____ (請填寫地點)

孩子學音樂嗎? 沒有 有, 學哪種樂器呢? _____

多常上課? 每次上多久? 每週 _____ 天, 從 _____ 點至 _____ 點, 在 _____ (請填寫地點)

孩子的其他活動有?(請簡述): _____

孩子在家是否需要負責任何家事? 是 否

- 幫忙廚房裡的事
- 照顧弟弟妹妹 (擔任保母)
- 幫忙打掃房間
- 幫忙弟弟妹妹(包括餵他們)
- 在下列情境, 幫忙充當德文翻譯
- 與公務單位接洽時
- 購物時
- 打電話時
- 和老師說話時
- _____

孩子在家負責的其他事情: _____

感謝您撥冗完成這份表格。若有任何問題, 也歡迎您提出。