



多元文化個案評估前背景資料 – 兒童

Scharff Rethfeldt (2023)

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

 歐盟國家公民
 居留許可 永久居留權
 簽證 定居許可
 受庇護的難民 _____

父親

 歐盟國家公民
 居留許可 永久居留權
 簽證 定居許可
 受庇護的難民 _____

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？ 母奶 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？ _____

孩子的扁桃體/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？

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

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。