



## 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?

- |                               |                                  |                               |                               |                                |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹   | <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 猩紅熱  | <input type="checkbox"/> 百日咳  | <input type="checkbox"/> 氣喘    |
| <input type="checkbox"/> 腮腺炎  | <input type="checkbox"/> 神經性皮膚炎  | <input type="checkbox"/> 德國麻疹 | <input type="checkbox"/> 腦膜炎  | <input type="checkbox"/> 白喉    |
| <input type="checkbox"/> 血吸蟲病 | <input type="checkbox"/> (重金屬)中毒 | <input type="checkbox"/> 瘧疾   | <input type="checkbox"/> 日本腦炎 | <input type="checkbox"/> _____ |

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。