

中風、腦創傷言語治療小組課程(2018年3月)(平日)

報名表

參加者姓名：_____ (中文) _____ (英文) _____

出生日期：_____ 年齡：_____ 性別：___男 / 女_____

住址：_____

病類：中風／腦創傷／其他_____ 年期：_____

患者需要輪椅設施：是 否

聯絡人姓名：_____ 與參加者關係：_____

聯絡人電話：_____ 電郵：_____

聯絡人是否與參加者同住？ 是 否 若否，請填寫與參加者同住家人姓名及關係：

聯絡人 ___能／不能___ 每次陪伴參加者參與治療

如聯絡人不能每次出席，請註明以下情況：

參加者可自行出席及離開每節治療課

參加者由_____ (姓名) _____ (關係) 陪伴出席治療課

聯絡人最關注參加者哪一方面的能力/問題(可選多項):

語言理解 語言表達 發音 聲線 吞嚥

***患者曾參與本言語治療所之訓練:**

有 沒有(*如未曾參加本言語治療所之訓練，需先進行評估以確定適合小組治療
收費：HK\$300 - 30 分鐘個別評估)

選擇課程:(請以 1 至 3 選擇先後次序。1 為最適合時段; 2, 3 為可安排時段; 如
該段時間未能出席打 **X**)

<input type="checkbox"/> 時段 1	逢星期二 上午 11:00 至 中午 12:00 日期：6/3, 13/3, 20/3, 27/3
<input type="checkbox"/> 時段 2	逢星期三 上午 11:00 至 中午 12:00 日期：7/3, 14/3, 21/3, 28/3
<input type="checkbox"/> 時段 3	逢星期三 下午 2:00 至 下午 3:00 日期：7/3, 14/3, 21/3, 28/3
<input type="checkbox"/> 時段 4	逢星期四 上午 11:00 至 中午 12:00 日期：8/3, 15/3, 22/3, 29/3
<input type="checkbox"/> 時段 5	逢星期四 下午 2:00 至 下午 3:00 日期：8/3, 15/3, 22/3, 29/3
<input type="checkbox"/> 時段 6	逢星期五 上午 11:00 至 中午 12:00 日期：2/3, 9/3, 16/3, 23/3
<input type="checkbox"/> 時段 7	逢星期五 下午 2:00 至 下午 3:00 日期：2/3, 9/3, 16/3, 23/3

參加者／聯絡人簽署：_____