

中風、腦創傷言語治療小組課程(2018年3月) (周末) 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 2 選擇先後次序。1 為最適合時段; 2 為可安排時段; 如該
段時間未能出席打 **x**)

<input type="checkbox"/> 時段 1	逢星期六 上午 09:30 至 上午 10:30 日期：3/3, 10/3, 17/3, 24/3
<input type="checkbox"/> 時段 2	逢星期六 下午 02:00 至 下午 03:00 日期：3/3, 10/3, 17/3, 24/3

參加者／聯絡人簽署：_____