

1. 本表由在家教育教師或評估/心評教師鑑定評估人員訪談學生之主要照顧者後填寫。
2. 訪談前請熟讀內容，可依序或隨訪談情形彈性調整。
3. 請依訪談表內容，在自然互動下仔細詢問或觀察學生實際狀況後確實填寫。
4. 如為能力檢核項目，請以學生能做到的最好表現勾選。

學生姓名		學校	
年級/年齡	年級/ 歲	訪談日期	
訪談對象		與學生關係	

以典型的一天為準，自學生每日起床至晚上睡眠止，簡單記錄學生大致作息。例如：早上8：00起床，8：30至8：45梳洗，8：45餵藥，9：00餵食，10：00至社區中庭曬太陽……等，以及活動時的姿勢，如抱著、坐著、躺著。

[illegible]

三、能力現況

(一) 溝通能力：

1. 聽辨能力：

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ 和同齡兒童差別不大 | ☐ 能聽懂簡短指令並執行 |
| ☐ 能對簡單問題有反應，如「要不要喝水？」「要不要上廁所？」 | |
| ☐ 別人說「不可以」時有反應 | ☐ 聽到自己名字會反應 |
| ☐ 聽到有聲音時會轉頭朝向聲源 | ☐ 無聽辨能力 |

2. 表達能力：

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 和同齡兒童差別不大 | ☐ 能完整說出簡單句 |
| ☐ 可用表情或動作表達需要 | ☐ 僅會仿說無法連結表達意圖 |
| ☐ 能發出單音 | ☐ 完全無表達能力 |

(二) 動作與行動能力：

1. 坐：

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 能獨自坐 | ☐ 需有靠背坐 | ☐ 雖有靠背仍不能坐 |
| ☐ 需有輔具才能坐 | ☐ 協助下仍無法坐 | |

2. 站：

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 能獨自站 | ☐ 需扶著站 | ☐ 需使用站立架站 | ☐ 協助下仍無法站立 |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

3. 行動：

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 沒問題 | ☐ 走路速度常無法跟上家人 | ☐ 上下樓梯有困難 |
| ☐ 行走時常會跌倒 | ☐ 不會獨自行走 | ☐ 不會扶著東西站起來 |
| ☐ 不會翻身 | ☐ 不會爬 | |

4. 手部活動：

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 沒問題 | ☐ 雙手協調有困難 | ☐ 手的力氣不夠 |
| ☐ 無法抓握東西 | ☐ 無法動手指 | ☐ 其他（請說明） |

(三) 認知學習：

1. 讀：

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ 能識字並閱讀文章 | ☐ 不識字但能看懂圖卡 | ☐ 無法認讀圖卡 | ☐ 無反應 |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

2. 寫：

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 能寫字 | ☐ 只能仿寫字 | ☐ 只繪畫線或簡單形狀 |
| ☐ 只會隨便塗鴉 | ☐ 無法握筆或無反應 | |

3. 主要能學習之教材形式：

- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ 文字 | ☐ 符號 | ☐ 圖片或影像 | ☐ 實物 | ☐ 無反應 |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

四、 日常生活檢核

(一) 起床：

- ☐ 自然醒來
☐ 由他人輕喚叫醒
☐ 需用較強烈方式叫醒，如改變姿勢、濕冷毛巾擦臉、放大聲音樂等等

(二) 梳洗：

1. 進出浴室：☐ 自己進出 ☐ 攙扶 ☐ 攜抱 ☐ 用輔具 (請說明) _____
2. 洗手洗臉：
☐ 完全不需協助 ☐ 需口頭提示或部分肢體協助 ☐ 完全需要別人協助
3. 刷牙：
☐ 完全不需協助 ☐ 需口頭提示或部分肢體協助 ☐ 完全需要別人協助
4. 洗澡：
☐ 完全不需協助 ☐ 需口頭提示或部分肢體協助 ☐ 完全需要別人協助
5. 洗澡型態：☐ 站著或坐著洗 ☐ 澡盆泡澡 ☐ 床上擦澡

(三) 飲食：

1. 獨立程度：
☐ 完全不需協助 ☐ 需口頭提示或部分肢體協助 ☐ 完全需要別人餵食
2. 進食方式：☐ 能自行吞嚥 ☐ 鼻胃管進食 ☐ 胃造瘻進食
3. 食物種類：☐ 一般食物 ☐ 剪碎後的食物 ☐ 泥狀食物 ☐ 流質食物
4. 一餐飯約需進食或餵食多久? _____ 分鐘
5. 進食狀況：
☐ 不適用，無法自行進食
☐ 不會灑落 ☐ 稍有灑落 ☐ 灑落許多
6. 飯後清潔：
☐ 可自行清洗碗筷及擦淨手嘴
☐ 可在協助下清洗碗筷或擦淨手或嘴
☐ 無法清洗餐具，但可自行用毛巾或衛生紙擦淨手或嘴
☐ 完全需別人協助
7. 喝水：
☐ 能使用杯子喝水 ☐ 能使用吸管喝水
☐ 完全需要別人餵水 ☐ 需使用鼻胃管或胃造瘻補充水分

8. 吃藥：

- ☐ 完全不需協助
- ☐ 需口頭提示或部分肢體協助
- ☐ 完全需要別人餵藥

(四) 穿脫衣物：

1. 衣褲穿脫：

- ☐ 完全不需協助
- ☐ 可穿脫套頭上衣或鬆緊帶褲子，但無法扣鈕扣、拉拉鍊
- ☐ 在別人協助下可完成一半以上的動作(如抬動手腳)
- ☐ 完全需要別人協助

2. 穿鞋：

- ☐ 會穿鞋並綁鞋帶完全不需協助
- ☐ 會穿黏扣式鞋子完全不需協助
- ☐ 在別人協助下可完成一半以上的動作(如抬動腳)
- ☐ 完全需要別人協助

(五) 如廁：

1. 意願表達：

- ☐ 有便意或尿意可自行如廁
- ☐ 能清楚說出要如廁
- ☐ 會用聲音、表情或動作表示
- ☐ 完全不會表示

2. 大小便控制：

- ☐ 能自行控制，不會有失禁
- ☐ 偶爾會失禁(每週三次以內)
- ☐ 無法控制需他人處理或包尿布

3. 便後處理：

- ☐ 會自行處理
- ☐ 需他人提醒或部分協助
- ☐ 完全需要他人處理

(六) 清醒時活動情形：

1. 姿勢擺位：

- ☐ 活動自如完全不需擺位
- ☐ 大多時間要用輔具(或人力)協助坐著或站立，偶爾才平躺休息
- ☐ 大多平躺，偶爾用輔具(或人力)協助坐起或站立
- ☐ 只能平躺

2. 經常從事的活動(可複選)：

- ☐讀書
 ☐看/聽電視/影音光碟
 ☐聽音樂
☐玩玩具
 ☐出門活動
 ☐居家復健
☐家人陪伴在身邊有些許互動
☐陪伴在家人身邊，但什麼也不做
☐獨自待在房間什麼也不做
☐其他(請說明)：

(七) 外出活動：

1. 外出頻率：

- ☐幾乎未曾外出，無法填答
☐每天外出
 ☐每週會出去2-4次
 ☐極少外出

2. 以最常外出的活動為準，一次通常出門多久？

- ☐約_____小時
☐幾乎未曾外出，無法填答

3. 外出目的：

事件/頻率	經常	偶爾	從未
就醫	☐	☐	☐
陪家人購物	☐	☐	☐
參與家人聚會	☐	☐	☐
參與家長團體活動	☐	☐	☐
到學校參與課程	☐	☐	☐
到學校參與特定活動(如校慶、校外教學)	☐	☐	☐
透氣、散步、曬太陽	☐	☐	☐
其他(請說明)	☐	☐	☐

4. 外出方式：

- ☐幾乎未曾出門，無法填答
☐自行行走
 ☐攙扶或使用助行器行走
 ☐特製推車或特製輪椅
 ☐攜抱

5. 主要搭車方式：

- ☐幾乎未曾搭車，無法填答
☐可搭乘一般大眾運輸
 ☐不須擺位輔具，可搭乘一般汽車
☐可乘一般汽車，但需擺位輔具或攜抱
 ☐搭乘復康巴士或無障礙計程車

6. 主要照顧者對學生外出的態度：

- ☐希望學生儘量能外出活動
☐除非必要避免外出(續填下題)
☐幾乎足不出戶(續填下題)

7. 影響主要照顧者讓學生少出門的原因(可複選)：

- ☐體弱，擔心出門勞累或易受感染
- ☐嚴重癲癇，外出誘發因子太多
- ☐經濟因素，例如：只能搭乘身障計程車或復康巴士，但無力負擔
- ☐主要照顧者身兼其他事務，無法分身帶學生出門
- ☐家人(關係：_____)不贊成
- ☐社區環境障礙較多，如街道狹窄不平
- ☐住家環境障礙較多，如下樓困難。
- ☐缺乏適當輔具
- ☐其他(請說明)_____

五、身心健康與醫療情形

(一) 學生目前健康狀況：

1. 整體健康：

- ☐健康，少生病 ☐偶生病 ☐體弱多病常就醫
- ☐其他特殊狀況：

2. 一日清醒時間：

(1) 根據一日作息表，加總計算自6：00到18：00的清醒時間約：

- ☐日夜顛倒，作息不定
- ☐大約_____小時，大多在☐上午 ☐下午時段

(2) 根據一日作息表，加總計算一日(24小時)清醒時間約：

- ☐日夜顛倒，作息不定
- ☐大約_____小時，大多在☐上午 ☐下午 ☐晚間 ☐深夜時段

(3) 一次最長可清醒多久?_____分鐘

(二) 就醫頻率：

1. 定期回診頻率：

- ☐六個月一次 ☐三個月一次 ☐二個月一次 ☐一個月一次
- ☐回診不定時，約_____一次

2. 最近一個月生病或突發狀況就醫次數：_____次

(三) 特殊疾病：

- ☐無 ☐有，疾病名稱_____；發作頻率約：_____月/週/日 _____次

(四) 藥物服用情形：

- ☐無
- ☐有(請續填)

1. 藥名：_____ 劑量：_____ 使用方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 外用 每日使用次數：	2. 藥名：_____ 劑量：_____ 使用方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 外用 每日使用次數：
3. 藥名：_____ 劑量：_____ 使用方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 外用 每日使用次數：	4. 藥名：_____ 劑量：_____ 使用方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 外用 每日使用次數：
5. 藥名：_____ 劑量：_____ 使用方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 外用 每日使用次數：	6. 藥名：_____ 劑量：_____ 使用方式： ☐ 口服 ☐ 針劑 ☐ 外用 每日使用次數：

(五) 復健情形：

項目	是否安排	每週次數	每次時間	復健院所名稱
物理治療	☐ 是 ☐ 否		分鐘	
職能治療	☐ 是 ☐ 否		分鐘	
語言治療	☐ 是 ☐ 否		分鐘	
傳統整復	☐ 是 ☐ 否		分鐘	
其他（請說明）	☐ 是 ☐ 否		分鐘	

(六) 醫療輔助設備需求：

1. 抽痰機：

☐不需要

☐有(續填)：○每天使用6次以上

○2至3天使用1次

○每天使用1-5次

○備用，幾乎很少使用

2. 氧氣瓶：

☐不需要

☐有(續填)：○每天至少使用一次

○需要時才使用

○2至3天用一次

○備用，幾乎很少使用

3. 呼吸器：

☐不需要

☐有(續填)：○全時使用

○小部份時間使用

○大部份時間使用，但可暫時不用

○備用，幾乎很少使用

4. 加壓氧：

☐ 不需要

☐ 有(續填)：☐ 全時使用

☐ 小部份時間使用

☐ 大部份時間使用，但可暫時不用

☐ 備用，幾乎很少使用

5. 血氧監測儀：

☐ 不需要

☐ 有(續填)：☐ 全時使用

☐ 小部份時間使用

☐ 大部份時間使用，但可暫時不用

☐ 備用，幾乎很少使用

6. 其他(請說明)：

☐ 不需要

☐ 有(續填)：☐ 全時使用

☐ 小部份時間使用

☐ 大部份時間使用，但可暫時不用

☐ 備用，幾乎很少使用

(七) 目前在家使用的輔助器材(可複選)：

☐ 推車

☐ 一般輪椅

☐ 特製輪椅

☐ 電動輪椅

☐ 站立架

☐ 擺位椅

☐ 助行器

☐ 洗澡椅

☐ 輪椅爬梯機

☐ 懸吊移位系統

☐ 其他(請說明)：

六、家庭互動

(一) 家庭主要決策者：_____ 與學生之關係：

(二) 照護狀況：

1. 學生之主要照顧者：_____ 與學生之關係：

2. 主要照顧者無法分身照顧時，家庭中有誰可以協助照顧學生？

3. 學生在下列事項對特定照顧者的依賴程度：

事件/依賴程度	只有特定照顧者才能做	有時可由其他照顧者照顧	任何照顧者都可以做
刷牙	☐	☐	☐
喝水	☐	☐	☐
進食	☐	☐	☐
吃藥	☐	☐	☐
洗澡	☐	☐	☐
意願表達	☐	☐	☐
其他(請說明)	☐	☐	☐

(三) 家長對孩子的教養觀念與態度 (需訪談，非教師個人觀察或觀點)：

(四) 整體而言，家長照顧這孩子需要哪些支援或資源：

- ☐經濟協助
 ☐心理支持
 ☐人力支援 (臨托或喘息服務等)
- ☐照護專業指導/諮詢
 ☐教養或醫療資訊
 ☐居家生活環境改善
- ☐ (請說明)：

七、其他重要事件紀錄

八、一日作息記錄範例

時間	作息(事件)	說明
7:30	餵藥	睡夢中喚起用滴管餵，讓他繼續睡
11:00	起床	
11:10至11:20	上廁所	
11:20至11:25	刷牙	
11:30至13:00	餵飯	用餐1~1.5小時
13:00	刷牙	
13:20	上廁所	
13:30至14:00	到戶外曬太陽	由媽媽用特製輪椅推到巷口
14:00	喝水休息	
14:20至15:00	看巧虎	家人抱坐在沙發上
15:30	餵藥	
15:40至16:30	聽故事書	坐特製輪椅或平躺
16:50	餵小點心	
17:10	上廁所	
17:20	刷牙	
17:30至20:00	睡覺	
20:00	起床	
20:30至21:30	餵飯	用餐1~1.5小時
21:30	刷牙	
22:00	洗澡	
22:40	上廁所	
23:00	和家人在客廳看電視	家人抱坐在沙發上
23:30	餵藥	
24:00	睡覺	

九、癲癇發作紀錄表（以癲癇經常發作為由申請在家教育者必附，由主要照顧者紀錄）

日期	發作時間	可能原因	發作時的症狀	處理方式	發作後情形	用藥紀錄	其他紀錄
月 日	開始： ____點____分 結束： ____點____分	☐ 發燒 ☐ 睡眠不足 ☐ 飢餓 ☐ 服用藥物 ☐ 聲光刺激 ☐ 感染 ☐ 不明原因 ☐ 其他	☐ 意識狀態不清醒 ☐ 局部肢體或全身僵直或抽搐 ☐ 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 ☐ 臉、手、腳局部抽搐 ☐ 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 ☐ 咬破舌頭或嘴唇 ☐ 大、小便失禁 ☐ 其他：	☐ 自行處理： ☐ 塞劑 ☐ 給氧 ☐ 等待自行恢復 ☐ 其他： ☐ 送醫	☐ 身體不適 ☐ 局部肢體無力 ☐ 神智不清 ☐ 其他： 持續時間： 分鐘		
月 日	開始： ____點____分 結束： ____點____分	☐ 發燒 ☐ 睡眠不足 ☐ 飢餓 ☐ 服用藥物 ☐ 聲光刺激 ☐ 感染 ☐ 不明原因 ☐ 其他	☐ 意識狀態不清醒 ☐ 局部肢體或全身僵直或抽搐 ☐ 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 ☐ 臉、手、腳局部抽搐 ☐ 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 ☐ 咬破舌頭或嘴唇 ☐ 大、小便失禁 ☐ 其他：	☐ 自行處理： ☐ 塞劑 ☐ 給氧 ☐ 等待自行恢復 ☐ 其他： ☐ 送醫	☐ 身體不適 ☐ 局部肢體無力 ☐ 神智不清 ☐ 其他： 持續時間： 分鐘		
月 日	開始： ____點____分 結束： ____點____分	☐ 發燒 ☐ 睡眠不足 ☐ 飢餓 ☐ 服用藥物 ☐ 聲光刺激 ☐ 感染 ☐ 不明原因 ☐ 其他	☐ 意識狀態不清醒 ☐ 局部肢體或全身僵直或抽搐 ☐ 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 ☐ 臉、手、腳局部抽搐 ☐ 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 ☐ 咬破舌頭或嘴唇 ☐ 大、小便失禁 ☐ 其他：	☐ 自行處理： ☐ 塞劑 ☐ 給氧 ☐ 等待自行恢復 ☐ 其他： ☐ 送醫	☐ 身體不適 ☐ 局部肢體無力 ☐ 神智不清 ☐ 其他： 持續時間： 分鐘		

日期	發作時間	可能原因	發作時的症狀	處理方式	發作後情形	用藥紀錄	其他紀錄
月 日	開始： ____點____分 結束： ____點____分	☐ 發燒 ☐ 睡眠不足 ☐ 飢餓 ☐ 服用藥物 ☐ 聲光刺激 ☐ 感染 ☐ 不明原因 ☐ 其他	☐ 意識狀態不清醒 ☐ 局部肢體或全身僵直或抽搐 ☐ 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 ☐ 臉、手、腳局部抽搐 ☐ 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 ☐ 咬破舌頭或嘴唇 ☐ 大、小便失禁 ☐ 其他：	☐ 自行處理： ☐ 塞劑 ☐ 給氧 ☐ 等待自行恢復 ☐ 其他： ☐ 送醫	☐ 身體不適 ☐ 局部肢體無力 ☐ 神智不清 ☐ 其他： 持續時間： 分鐘		
月 日	開始： ____點____分 結束： ____點____分	☐ 發燒 ☐ 睡眠不足 ☐ 飢餓 ☐ 服用藥物 ☐ 聲光刺激 ☐ 感染 ☐ 不明原因 ☐ 其他	☐ 意識狀態不清醒 ☐ 局部肢體或全身僵直或抽搐 ☐ 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 ☐ 臉、手、腳局部抽搐 ☐ 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 ☐ 咬破舌頭或嘴唇 ☐ 大、小便失禁 ☐ 其他：	☐ 自行處理： ☐ 塞劑 ☐ 給氧 ☐ 等待自行恢復 ☐ 其他： ☐ 送醫	☐ 身體不適 ☐ 局部肢體無力 ☐ 神智不清 ☐ 其他： 持續時間： 分鐘		
月 日	開始： ____點____分 結束： ____點____分	☐ 發燒 ☐ 睡眠不足 ☐ 飢餓 ☐ 服用藥物 ☐ 聲光刺激 ☐ 感染 ☐ 不明原因 ☐ 其他	☐ 意識狀態不清醒 ☐ 局部肢體或全身僵直或抽搐 ☐ 雙目直視、失神、發呆、迷惘或昏迷 ☐ 臉、手、腳局部抽搐 ☐ 雙目上吊、牙關緊閉、口吐白沫 ☐ 咬破舌頭或嘴唇 ☐ 大、小便失禁 ☐ 其他：	☐ 自行處理： ☐ 塞劑 ☐ 給氧 ☐ 等待自行恢復 ☐ 其他： ☐ 送醫	☐ 身體不適 ☐ 局部肢體無力 ☐ 神智不清 ☐ 其他： 持續時間： 分鐘		