新北市申請在家教育學生現況訪談紀錄表

1. 本表由在家教育教師或評估/心評教師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。
   1. **基本資料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

* 1. **一日作息**

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時間 | 作息(事件) | 說明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **能力現況**

1. 溝通能力：
2. 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

1. 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

1. 動作與行動能力：
2. 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

1. 站：

□能獨自站 □需扶著站 □需使用站立架站 □協助下仍無法站立

1. 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

1. 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）

1. 認知學習：
2. 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

1. 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

1. 主要能學習之教材形式：

□文字 □符號 □圖片或影像 □實物 □無反應

* 1. **日常生活檢核**
     1. 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

* + 1. 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

1. 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

1. 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

1. 洗澡型態：□站著或坐著洗 □澡盆泡澡 □床上擦澡
   * 1. 飲食：
2. 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

1. 進食方式：□能自行吞嚥 □鼻胃管進食 □胃造瘻進食
2. 食物種類：□一般食物 □剪碎後的食物 □泥狀食物 □流質食物
3. 一餐飯約需進食或餵食多久?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分鐘
4. 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

1. 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

1. 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

1. 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

* + 1. 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

1. 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

* + 1. 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

1. 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

1. 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

* + 1. 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

1. 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）：

* + 1. 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

1. 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

1. 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） | □ | □ | □ |

1. 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

1. 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

1. 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)

1. 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）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **身心健康與醫療情形**

1. 學生目前健康狀況：
2. 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：

1. 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

* + 1. 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

* + 1. 一次最長可清醒多久?\_\_\_\_\_\_\_\_分鐘

1. 就醫頻率：
2. 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

1. 最近一個月生病或突發狀況就醫次數：\_\_\_\_\_次
2. 特殊疾病：

□無 □有，疾病名稱　 　 ；發作頻率約： 　月/週/日　　次

1. 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： | 1. 藥名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   劑量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  使用方式：□口服 □針劑 □外用  每日使用次數： |
| 1. 藥名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   劑量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  使用方式：□口服 □針劑 □外用  每日使用次數： | 1. 藥名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   劑量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  使用方式：□口服 □針劑 □外用  每日使用次數： |
| 1. 藥名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   劑量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  使用方式：□口服 □針劑 □外用  每日使用次數： | 1. 藥名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   劑量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  使用方式：□口服 □針劑 □外用  每日使用次數： |

1. 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 |  |

1. 醫療輔助設備需求：
2. 抽痰機：

□不需要

□有(續填)：○每天使用6次以上 ○每天使用1-5次

○2至3天使用1次 ○備用，幾乎很少使用

1. 氧氣瓶：

□不需要

□有(續填)：○每天至少使用一次 ○2至3天用一次

○需要時才使用 ○備用，幾乎很少使用

1. 呼吸器：

□不需要

□有(續填)：○全時使用 ○大部份時間使用，但可暫時不用

○小部份時間使用 ○備用，幾乎很少使用

1. 加壓氧：

□不需要

□有(續填)：○全時使用 ○大部份時間使用，但可暫時不用

○小部份時間使用 ○備用，幾乎很少使用

1. 血氧監測儀：

□不需要

□有(續填)：○全時使用 ○大部份時間使用，但可暫時不用

○小部份時間使用 ○備用，幾乎很少使用

1. 其他（請說明）：

□不需要

□有(續填)：○全時使用 ○大部份時間使用，但可暫時不用

○小部份時間使用 ○備用，幾乎很少使用

1. 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）：

* 1. **家庭互動**

1. 家庭主要決策者： 與學生之關係：
2. 照護狀況：
3. 學生之主要照顧者： 與學生之關係：
4. 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？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 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） | □ | □ | □ |

1. 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）：
2. 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）：

* 1. **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 |  |  |
| 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 |  |  |