

臺北市立文山特殊教育學校聽力檢查轉介單

學生姓名：_____ 學部：高職國中國小幼兒部 班級：_____班

出生日期：_____年_____月_____日 轉介者：_____ 轉介日期：_____年_____月_____日

※學生障礙：（可複選）

- 注意力缺陷（ADD）或注意力缺陷過動症（ADHD） 腦性麻痺（CP）
自閉症（Autism）或亞斯柏格症（Asperger） 智能障礙（MR）
癲癇（Epilepsy） 唐氏症（Down's syndrome） 罕見疾病：_____
發展遲緩（Developmental Delay） 其他_____

※問題項目檢核：（依據對學生的觀察，符合問題項目者請勾選）

1. 他/她在課堂中是否非常容易分心、注意力較差？
 2. 他/她是否常常答非所問？
 3. 他/她是否常常不理人？
 4. 他/她是否對於口頭指令反應較為遲鈍？
 5. 他/她是否常請別人重複剛說過的話？
 6. 他/她是否常請別人說話大聲一點？
 7. 他/她是否不擅長聽寫之類的作業？
 8. 他/她說話時有很多錯誤的語音？
 9. 他/她說話語調是否讓人覺得怪聲怪調？
 10. 他/她口語表達能力是否明顯落後同儕？
 11. 他/她的閱讀能力是否明顯落後於同儕？
 12. 他/她在吵雜環境中，對口頭指令是否明顯落後同儕？
 13. 需要注意聽時，他/她便顯得緊張不安？
 14. 他/她是否較易疲累？
 15. 他/她是否較少參與團體討論？
 16. 他/她是否常無法分辨聲源？
 17. 他/她是否非常依賴視覺的線索？
 18. 他/她說話時是否經常很大聲？
 19. 他/她數理科目表現是否較語文科目好？
 20. 他/她是否常有耳朵痛或有中耳炎的疾病史？
 21. 他/她是否常抱怨耳朵內有怪聲音？
 特殊狀況說明：_____

※希望聽力師協助的事項：（請於項目前勾選，並註明期待處理之優先順序）

- 各項聽力檢查（純音聽力檢查、語音聽力檢查等）及檢查結果解釋（對日常生活及課業造成影響）及建議。
助聽輔具的應用；調頻系統選配、應用及效能評估；人工電子耳相關問題諮詢。
助聽器成效評估及相關問題諮詢，包含助聽器選配及保養等。
聽力保健或聽能復健諮詢與建議。

聽力檢查師：_____ 檢查日期：_____年_____月_____日