

# 臺北市學校系統專業團隊輔具建議單

|                               |         |      |      |    |      |
|-------------------------------|---------|------|------|----|------|
| 學生姓名：                         | 填寫日期：   |      |      |    |      |
| 性別：                           | 出生年月日：  |      |      |    |      |
| 學校名稱及班級：                      | 班級導師姓名： |      |      |    |      |
| 特教診斷：                         | 班級聯絡電話： |      |      |    |      |
| 目前個案在校學習或生活情形及問題：(教師填寫)       |         |      |      |    |      |
| 建議的輔具：                        |         |      |      |    |      |
|                               | 類別      | 輔具名稱 | 構造尺寸 | 型號 | 出品廠商 |
|                               | 擺位輔具    |      |      |    |      |
|                               | 移行輔具    |      |      |    |      |
|                               | 生活輔具    |      |      |    |      |
|                               | 溝通輔具    |      |      |    |      |
|                               | 其他      | 重力背心 | *    | *  | *    |
| 建議使用輔具的目的：(治療師填寫)             |         |      |      |    |      |
| 備註：重力背心使用方式或情境、頻率、建議重量、注意事項等。 |         |      |      |    |      |
| 備註：                           |         |      |      |    |      |

簽章：

班級教師

園長/主任

治療師

家長