

整全成長發展中心 [I-WELL] 個案登記表

一) 服務對象資料			
姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	國籍	年齡
出生 年 月 日	手提電話	住宅電話	
電郵地址		職業	
教育程度 <input type="checkbox"/> 未曾接受教育 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小學程度 <input type="checkbox"/> 中學程度 <input type="checkbox"/> 專上學院或大學 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
服務對象地址 (中文)			
服務現況 <input type="checkbox"/> 正接受服務(例如政府或非政府機構 NGO) <input type="checkbox"/> 輪候服務 <input type="checkbox"/> 無接受任何服務			
二) 父/母或監護人資料(適用於十八歲以下接受服務人士)			
監護人/家長姓名:			
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		住宅電話	
手提電話號碼		辦公室電話	
電郵地址		與服務對象關係	
教育程度 <input type="checkbox"/> 未曾接受教育 <input type="checkbox"/> 小學程度 <input type="checkbox"/> 中學程度 <input type="checkbox"/> 專上學院或大學 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
監護人地址 (若跟服務對象不同)			
正接受的服務類別			
<input type="checkbox"/> 早期教育及訓練中心 <input type="checkbox"/> 特殊幼兒中心 <input type="checkbox"/> 兼收位幼兒園 <input type="checkbox"/> 醫院治療服務 <input type="checkbox"/> 特殊學校 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
服務單位名稱 / 學校名稱:			
發展障礙類別 (可多「✓」一項)			智力
<input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 心理疾病/精神病 <input type="checkbox"/> 肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 弱聽 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 語言遲緩 <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 弱智 <input type="checkbox"/> 過度活躍/專注力不足 <input type="checkbox"/> 自閉症譜系 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 其他, 請說明: _____			<input type="checkbox"/> 資優 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 輕至中度 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 不確定
請 <input checked="" type="checkbox"/> 曾經接受的治療或評估			
<input type="checkbox"/> 職業治療/評估 <input type="checkbox"/> 言語治療/評估 <input type="checkbox"/> 物理治療/評估 <input type="checkbox"/> 放射治療 <input type="checkbox"/> 藥物治療, (請說明藥物 _____) <input type="checkbox"/> 心理治療/評估 <input type="checkbox"/> 特殊教育導師 <input type="checkbox"/> 輔導專業諮詢 <input type="checkbox"/> 行為治療 <input type="checkbox"/> 遊戲治療 <input type="checkbox"/> 其他, (請列明: _____)			
申請專業服務 ** 各項專業服務詳情及收費, 可按此瀏覽			
1. <input type="checkbox"/> 教育及臨床心理學家評估/治療 (個別)	5. <input type="checkbox"/> 心理輔導 (<input type="checkbox"/> 個別/ <input type="checkbox"/> 家庭)		
2. <input type="checkbox"/> 言語治療師及聽力學家評估/治療 (個別)	6. <input type="checkbox"/> 遊戲治療師評估/治療 (個別)		
3. <input type="checkbox"/> 職業治療師評估/治療 (個別)	7. <input type="checkbox"/> 學前教育導師評估/訓練 (個別)		
4. <input type="checkbox"/> 物理治療師評估/治療 (個別)			

私隱政策聲明

本中心遵從香港教育大學的私隱政策聲明, 私隱政策聲明可在以下網址 <http://www.eduhk.hk/main/privacy-policy/> 內取得。

從何得知本中心: 友人介紹 (姓名, 如適用): _____ 專業人士/機構名稱: _____ 其他: _____

請填妥報名表格並電郵/傳真至:

地址: 香港新界大埔露屏路十號

電郵: iwell@eduhk.hk

香港教育大學 D3-P-04 室

電話: 2948-8383

整全成長發展中心

傳真: 2948-8714

整全成長發展中心 服務使用者須知

(1) 收集個人資料告示

1.1 收集個人資料的目的

閣下所提供的個人資料，將會用作申請本中心有關服務之用。提供個人資料予本中心是自願性的。若閣下未能提供足夠的個人資料，本中心或不能處理有關服務申請。請確保閣下所提供的資料為準確及通知本中心有關任何資料的改動。

1.2 資料轉移及使用

如閣下同意，你所提供的個人資料(包括參與評估/訓練/活動的進度數據等等)，將會按需要而提供予本中心或學系的學術研究人員，作為優化服務以及研究之用。

1.3 查閱及改正個人資料

除個人資料（私隱）條例特定的豁免外，閣下有權查閱及改正所存有關你的個人資料。閣下持有查閱個人資料的權利，並可支付費用，得到有關資料文件的複本。如有任何查詢，可與中心經理聯絡。(電話: 2948-8383; 電郵: iwell@eduhk.hk)

*本人已詳細閱讀有關「**服務使用者須知**」，本人明白及願意遵守有關守則。

本人同意所提供的資料可作為本中心或學系優化服務以及學術研究之用。

本人願意接收中心資訊，包括通訊、社會服務及活動等。

申請人簽署：_____

日期：_____