

_____ / _____ 學年

學校名稱 _____

1. 學生個人資料				
姓名	中文		外文或譯音	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地點	<input type="checkbox"/> 澳門 <input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 內地 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)	相片
出生日期	_____ / _____ / _____ 年 月 日		衛生局電腦資料卡號碼	
身份證明文件	<input type="checkbox"/> 澳門特區永久性居民身份證 <input type="checkbox"/> 澳門特區非永久性居民身份證 <input type="checkbox"/> 外國護照 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)		號碼	
住址				電話
父親姓名	中文		外文或譯音	電話
母親姓名	中文		外文或譯音	電話
監護人姓名	中文		外文或譯音	電話
監護人與學生關係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)			
健康情形	<input type="checkbox"/> 健康		<input type="checkbox"/> 常生病	
	<input type="checkbox"/> 疾病 (請註明)		<input type="checkbox"/> 須長期服用藥物 (請註明)	
	<input type="checkbox"/> 曾動過手術 (請註明)		<input type="checkbox"/> 對食物過敏 (請註明)	
	<input type="checkbox"/> 其他 (請註明)			

2. 就學簡歷(曾就讀之學校名稱)

學生姓名：_____

3. 輔導/治療簡歷(曾接受的輔導及治療服務)

--	--

4. 其他重要經歷(曾接受過的手術、特別醫療跟進、參與的重要比賽、特別培訓、所獲的地區性及國際性獎項)

--	--

5. 本澳醫療診斷及建議

A. 本澳醫療診斷(只選一項，請以「✓」表示)

	1. 智能障礙		2. 視覺障礙
	3. 聽覺障礙		4. 活動障礙
	5. 腦性麻痺		6. 溝通障礙
	7. 注意力不足／過動症		8. 自閉症類群障礙
	9. 發展遲緩		10. 特殊學習困難
	11. 唐氏綜合症		12. 精神疾患
	13. 多重障礙		14. 其他

【備註】 (說明上述問題之情況及程度)

本澳醫療診斷及建議均是根據本澳醫療診斷證明或醫療報告填寫，若沒有相關證明及報告，則在「其他」欄上填上「✓」，並註明「沒有本澳相關醫療診斷」。

B. 本澳醫生建議

--	--

【備註】 (說明上述問題之情況及程度)

若沒有本澳醫生建議則在此欄註明「沒有本澳醫療建議」。

學生姓名：_____

6. 學生的能力描述		
本學年的 就讀安排	<input type="checkbox"/> 資優學生 <input type="checkbox"/> 幼兒教育 <input type="checkbox"/> 融合生 <input type="checkbox"/> 小學教育 <input type="checkbox"/> 特殊教育小班學生 <input type="checkbox"/> 初中教育 <input type="checkbox"/> 特殊教育班學生 <input type="checkbox"/> 高中教育	年級/班級
目前能力 水平描述 ^註	1. 第一語文： <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 葡文	
	2. 第二語文： <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 葡文	
	3. 數學	
	4. 常識、科學與人文	
	5. 資訊科技	
	6. 藝術	
	7. 體育	
	8. 溝通／社交	
	9. 情緒／行為	
	10. 其他	

備註：特殊教育小班及特殊教育班學生的學習能力描述建議參考特殊教育課程指引補充本。

學生姓名：_____

7. 學生潛能及困難的描述(根據教師觀察學生課堂表現填寫，可複選)

潛能

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人際溝通 | <input type="checkbox"/> 計算能力 |
| <input type="checkbox"/> 音樂旋律 | <input type="checkbox"/> 視覺藝術 |
| <input type="checkbox"/> 肢體動覺 | <input type="checkbox"/> 語言能力 |
| <input type="checkbox"/> 觀察能力 | <input type="checkbox"/> 創造力 |
| <input type="checkbox"/> 領導才能 | <input type="checkbox"/> 邏輯思維 |
| <input type="checkbox"/> 戲劇／舞蹈 | <input type="checkbox"/> 其他(請註明) |

困難

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 智力問題 | <input type="checkbox"/> 視覺問題 |
| <input type="checkbox"/> 聽覺問題 | <input type="checkbox"/> 動作問題 |
| <input type="checkbox"/> 語言問題 | <input type="checkbox"/> 社交問題 |
| <input type="checkbox"/> 注意力問題 | <input type="checkbox"/> 情緒／行為問題 |
| <input type="checkbox"/> 數學問題 | <input type="checkbox"/> 讀寫問題 |
| <input type="checkbox"/> 數量概念弱 | <input type="checkbox"/> 識字能力弱 |
| <input type="checkbox"/> 計算能力弱 | <input type="checkbox"/> 書寫表達弱 |
| <input type="checkbox"/> 空間概念弱 | <input type="checkbox"/> 閱讀理解弱 |
| <input type="checkbox"/> 其他(請註明) | |

學生姓名：_____

8. 輔導和治療服務							
服務類別	服務內容	主要目標	服務方式	頻率	起迄日期	負責人及所屬機構	地點
心理輔導				/			
				次 週			
				每次所需分鐘			
學習輔導				/			
				次 週			
				每次所需分鐘			
物理治療				/			
				次 週			
				每次所需分鐘			
職業治療				/			
				次 週			
				每次所需分鐘			
語言治療/ 語言訓練				/			
				次 週			
				每次所需分鐘			
其他				/			
				次 週			
				每次所需分鐘			
【備註】							

學生姓名：_____

9. 教學活動內容					
科目	學年	_____ / _____	學期	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下	
任教 教師姓名	其他協助人員 及其職稱				
【長期學習目標】					
【課程調適】(可複選)					
<input type="checkbox"/> 與普通生課程無異					
<input type="checkbox"/> 增潤課程 <input type="checkbox"/> 自學導向 <input type="checkbox"/> 增加創意思維教育 <input type="checkbox"/> 增加高層次思維教育					
<input type="checkbox"/> 簡化課程 <input type="checkbox"/> 刪減課程 <input type="checkbox"/> 以實用生活內容為主 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)					
【短期學習目標】		起迄日期	評量 方式 ¹	輔助 措施 ²	評量 結果 ³

學生姓名：_____

11. 個別化教育計劃之會議日期及與會人員簽名(可按實際需要增加會議次數)

第一次會議日期	_____ / _____ / _____ 年 月 日				
與會人員姓名	職銜	簽名	與會人員姓名	職銜	簽名
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

第二次會議日期	_____ / _____ / _____ 年 月 日				
與會人員姓名	職銜	簽名	與會人員姓名	職銜	簽名
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

學生姓名：_____

12. 核准計劃之日期及核准人簽名（倘學年中修改個別化教育計劃內容，可自行增加本欄目）	
本計劃有效期限	_____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ 年 月 日 至 年 月 日
	本人於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 核准 本計劃之內容。

	核准人職稱 核准人簽名

13. 家長／監護人填寫	
<p>本人 <input type="checkbox"/>有 / <input type="checkbox"/>沒有 出席個別化教育計劃會議。</p> <p>本人 <input type="checkbox"/>有 / <input type="checkbox"/>沒有 接獲學校通知本計劃已獲教學領導機構核准。</p> <p>（個人資料轉交聲明）</p> <p>本人 <input type="checkbox"/>同意 / <input type="checkbox"/>不同意 教育及青年發展局收集本計劃第 5 點【本澳醫療診斷及建議】及第 7 點【學生潛能及困難的描述】資料作統計之用，以更有效規劃本澳特殊教育發展，讓有特殊教育需要的學生獲得更好的教育和服務。</p>	
其他意見	
日期	_____ / _____ / _____ 年 月 日
	_____ 家長／監護人簽名