**臺中市早期療育服務成效指標調查問卷**

**我們希望了解您在評估與接受治療的過程中，專業人員的服務是否符合台中市訂定的早期療育的服務成效指標，若您僅接受(一)評估服務，請填寫評估部分即可，若您僅接受(二)療育服務，也請填寫療育部分即可，若您接受兩個部分的服務，請兩部分都填寫，以下請您依據接受服務的實際情形填答。**

**機構名稱： 幼兒姓名：**

**填寫日期： 填寫者姓名：**

**療育服務類別：□物理治療□職能治療□語言治療□聽能訓練□認知訓練□戲劇治療□音樂治療□藝術治療□其他： （請填寫）**

**一、評估過程**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 請勾選 | | | | |
| 1. 評估人員有讓我參與評估過程 | □完全沒有 | □部分過程有參與 | | | □全程參與 |
| 1. 評估人員有詢問我孩子的主要問題 | □沒有 | | □有 | | |
| 1. 評估人員有詢問我的期待 | □沒有 | | □有 | | |
| 1. 評估人員有告知我評估的結果 | □沒有 | | □有 | | |
| 1. 我瞭解小孩目前的發展狀況 | □完全沒有 | □部分瞭解 | | | □完全瞭解 |
| 1. 評估人員有讓我在評估報告上簽名 | □沒有 | | □有 | | |
| 1. 評估人員有和我討論療育目標 | □沒有 | | □有 | | |
| 1. 評估人員建議的活動適合我在家裡面進行 | □非常不適合 | □不適合 | | □適合 | □非常適合 |

**二、療育過程**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 請勾選 | | | |
| 1. 療育人員有建議我回家做的活動 | □完全沒有 | □有時候有 | | □每次都有 |
| 1. 療育人員建議的活動適合我在家裡面進行 | □非常不適合 | □不適合 | □適合 | □非常適合 |
| 1. 療育人員有和我討論療育成效 | □完全沒有 | □有時候有 | | □每次都有 |
| 1. 療育人員有和我討論在家裡執行的狀況 | □完全沒有 | □有時候有 | | □每次都有 |

謝謝您的耐心填寫，您的寶貴意見將可幫助我們日後提供更好的服務