



# Application Form 申請表

Date:  
日期:  
Prepared by:  
負責人:

## 申請的課程

小組音樂治療計劃
----------

## A 步驟: 個人資料

申請人姓名:	名	中間名	姓
年齡:		性別:	男 / 女
地址:	街名: _____ 公寓單元#: _____ 城市: _____ 省份: _____ 郵政編碼: _____		
電話號碼:	家庭:	手機:	公司:
第一語言:		第二語言: (如有必要):	

## B 步驟: 家庭背景

父親姓名:		職業:	
母親姓名:		職業:	
監護人姓名 (如有必要):		職業:	

填表人姓名:			
你與孩子的關係:	親生母親	親生父親	其他
如是“其他”，請說明:			

目前居住情況 (請畫圈說明):	與父母同住	安養之家	安養中心
如果居住在安養之家/安養中心:	提供服務的機構: _____ 電話號碼: _____		



# Application Form 申請表

Date:  
日期:  
Prepared by:  
負責人:

聯絡人姓名: _____				
在家使用何種語言:	英語	粵語	國語	其他: _____
請列出一同居住的家庭成員:				
主要監管人:				

## C步驟: 醫療方面

健康卡號碼 #:			已複印
家庭醫生:			
地址:			
電話:			
特別說明:			
診斷癥狀:			
診斷時年齡:			已複印

請提供以下所需詳細資料:

	藥物登記	
	過敏記錄	
	抽筋記錄	
	耳鳴癥狀	
	戴眼鏡	
	經常頭痛	
	所需儀器或輔助設施	
	其它	

## D步驟: 發育主要階段和目前的情況

有關孩子主要的情況:

	社交和溝通技巧	
	語言發育遲緩	
	認知缺損	
	行為表現	
	大小肌肉訓練	
	感官敏感性(聲音和光)	
	適應新的例程和過渡	
	音樂偏好	
	其它	

## E步驟: 其他服務

請列出你的孩子正接受以下哪些服務:

	心裡輔導	
	精神治療	
	職業治療	
	語言及言語治療	
	行為治療	
	音樂治療	
	其它:	



# Application Form 申請表

Date:  
日期:  
Prepared by:  
負責人:

## F 步驟: 緊急聯絡人資料

第一聯絡人:			
日間電話#:		手機#:	
電郵:			
第一語言:	英語 / 粵語 / 國語 / 其他: _____		

第二聯絡人:			
日間電話#:		手機#:	
電郵:			
第一語言:	英語 / 粵語 / 國語 / 其他: _____		

如果發生不可預見的情況, 榕樹下中心保留取消小組音樂治療計劃的權利。

如果任何參與者的行為對其他參與者具有破壞性和/或暴力性。榕樹下中心保留將該參與者從小組音樂治療計劃終止的權利。

如果參與者連續缺席兩節, 榕樹下中心保留終止參與者的權利。

姓名 (正楷): \_\_\_\_\_

簽名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_