



# 台北醫學大學附設醫院 兒童發展聯合評估中心 107 年度 早期療育親子工作坊

家長們，你們好：

本中心與台北市政府衛生局，在台北醫學大學附設醫院，舉辦「早期療育 ING，發展進階不 NG」親子工作坊 4 梯次，每次課程安排 2 小時，**全程免費**。

此親子工作坊，設計居家學習的環境，讓家長（或主要照顧者）學習在家中營造適合孩子語言發展的學習情境。課程更規劃「特殊教育」、「心理治療」、與「職能治療」座談會，和「音樂療育課程」。期望家長在跨領域專業人員（特教老師、語言治療師、心理治療師、職能治療師、及音樂療育人員）的協助下，增進對早期療育認知、態度與技能，提升家長照護發展遲緩幼兒能力，輔導家長成為「幼兒家中的治療師」。

一、**參加對象**：設籍於臺北市之 1 歲半至 3 歲、未就學、語言發展較慢或智能不足的幼兒及家長（或主要照顧者），預計 24 組親子（計四梯次）。

二、**課程時間**：自即日起開始報名，至**名額額滿為止**。

第一梯次 107 年 06 月 10 日至 07 月 15 日（連續六週），每週日 09：00-11：00

第二梯次 107 年 07 月 22 日至 08 月 26 日（連續六週），每週日 09：00-11：00

第三梯次 107 年 09 月 02 日至 10 月 07 日（連續六週），每週日 09：00-11：00

第四梯次 107 年 10 月 14 日至 11 月 18 日（連續六週），每週日 09：00-11：00

三、**課程地點**：台北醫學大學附設醫院 第三醫療大樓 B1 心理 C、1031 會議室

四、**課程流程**：

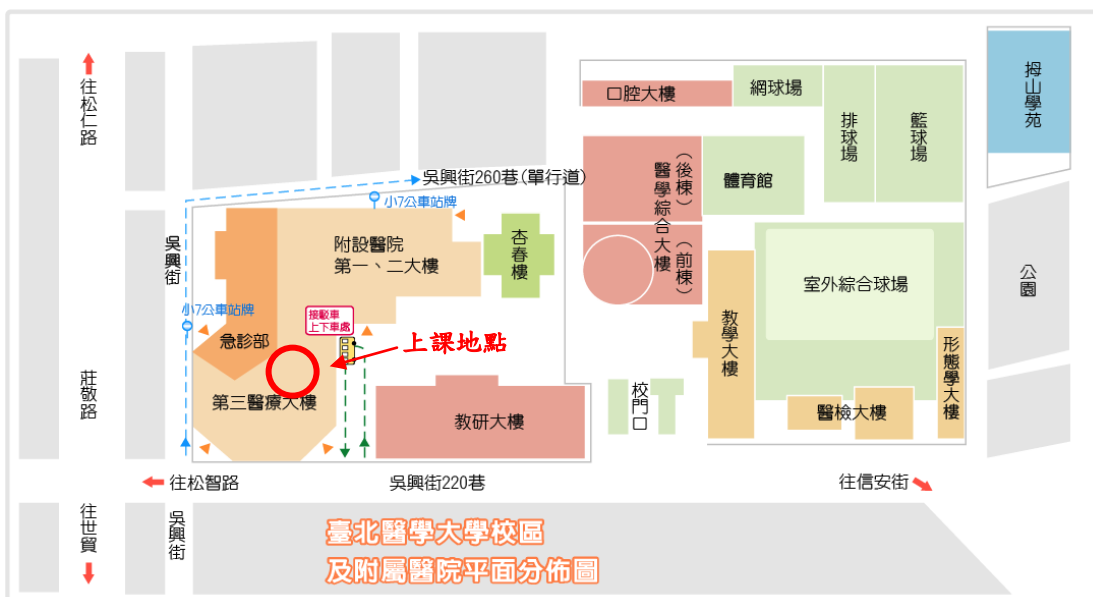
週數	活動主題
第 1 週	相見歡/遊戲式評估
第 2 週	動動小嘴做體操（口腔運動練習）
第 3 週	可愛故事屋（繪本故事教學）/特殊教育座談
第 4 週	唱唱跳跳（親子音樂療育）/心理治療座談
第 5 週	聽聽聲音找答案（聽覺理解訓練）/職能治療座談
第 6 週	DIY 烘焙/成果發表

## 五、報名方式：

報名方式，採郵寄(台北市信義區吳興街 252 號。台北醫學大學附設醫院 復健醫學部 語言治療收)，或傳真至(02)5558-9880，或資料掃描後 E-mail:n101865a@gmail.com (報名標題：報名 107 年度親子工作坊)。報名時，需檢附報名表、醫師診斷證明或早療綜合報告書。相關諮詢，請洽北醫 復健醫學部 語言治療師 黃友琳老師，(02)2737-2181 \*1241 \*22。

## 六、交通方式：

- (一) 公車：臺北醫學大學站(莊敬) 1、22、22(區間車)、226、266、266(區間)、288、33、37、38、藍 5
- (二) 捷運：板南線-市政府站下車 2 號出口轉乘公車 266、藍 5、市民小巴 7
- (三) 汽車：高速公路(國道 3 號) 由信義快速道路下來進入信義路，左轉松仁路，右轉松勤街，左轉松智路後直行過莊敬路約再 300 公尺，左側即可見臺北醫學大學校園。(環東大道)由基隆路下，直行往臺北市政府方向，左轉松高路、右轉松智路，直行至吳興街 220 巷。





# 台北醫學大學附設醫院 兒童發展聯合評估中心

## 107 年度 早期療育親子工作坊 報名表

參加人員	(1)家長：	關 係	
	(2)幼兒：		
幼兒生日	____年____月____日	家中主要 使用語言	(可複選) <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> _____
幼兒 基本資料	<b>&lt;發展史&gt;</b> 1.聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 2.視力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 3.肢體行動力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____ 4.專注力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常：_____		
	<b>&lt;教育/療育史&gt;</b> 1.您的孩子有無就學？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 2.您的孩子有無接受早期療育評估？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 (評估後，確診為語言發展遲緩？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有) 3.您對孩子語言問題之困擾與期望：_____		
報名梯次	<input type="checkbox"/> 第一梯次 107 年 06 月 10 日至 07 月 15 日 (連續六週)，每週日 09：00-11：00 <input type="checkbox"/> 第二梯次 107 年 07 月 22 日至 08 月 26 日 (連續六週)，每週日 09：00-11：00 <input type="checkbox"/> 第三梯次 107 年 09 月 02 日至 10 月 07 日 (連續六週)，每週日 09：00-11：00 <input type="checkbox"/> 第四梯次 107 年 10 月 14 日至 11 月 18 日 (連續六週)，每週日 09：00-11：00 <b>注意：每梯次 6 組親子報名。若該梯額滿，將由本中心代為另訂時間</b>		
家長職業			
戶籍地址			
聯絡電話	(日) _____ (夜) _____ (手機) _____ 方便聯絡時間： <input type="checkbox"/> 早上 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
家長意願	請在符合處「V」 <input type="checkbox"/> 我能全程參與連續六週，每週兩小時的團體。 <input type="checkbox"/> 我願意上課後，固定在家教導孩子至少 30 分鐘以上。 <input type="checkbox"/> 我同意團體在保密的情況下錄音錄影。 以上「V」處，表示我同意且願意做到，簽名：_____		

### <報名須知>

- 報名方式，採郵寄(台北市信義區吳興街 252 號。台北醫學大學附設醫院 復健醫學部 語言治療收)，或傳真至(02)5558-9880。報名時，需檢附報名表、戶籍證明、醫師診斷證明或早療綜合報告書。相關諮詢，請洽北醫語言治療 黃友琳老師，(02)2737-2181 \*1241 \*22。
- 請詳細填寫報名表。我們收到報名資料後，會在數日內用電話與您聯絡，確認您與孩子符合報名資格，並協助您安排上課時間。
- 排定上課日期後，我們會在開課前 1-2 日，再度和您聯絡，提醒上課期間。若時間臨時無法配合，可於課前來電請假。謝謝您！