**澎湖縣疑似特殊需求學生轉介前學習介入輔導紀錄表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 學校: | 班級:　　　年　　　班 | 學生姓名: |
| 填表人: | 實施日期: 年 月 日~ 年 月 日 |
| 學生學習困難描述，請具體描述或舉例: (一個問題寫一張) |  |
| 項目 | 執行方式(可複選) | 執行內容 | 效果評估(🗸) |
| 有效 | 部分有效 | 無效 |
| 教學調整 | □提供立即回饋 |  |  |  |  |
| □小組競賽 |  |  |  |  |
| □增強系統 |  |  |  |  |
| □提醒 |  |  |  |  |
| □分組教學 |  |  |  |  |
| □調整學習內容或目標 |  |  |  |  |
| □增加視/聽覺提示 |  |  |  |  |
| □多感官學習 |  |  |  |  |
| 學習策略訓練 | □畫重點 |  |  |  |  |
| □提醒圈出關鍵字 |  |  |  |  |
| □寫筆記 |  |  |  |  |
| □提供記憶策略 |  |  |  |  |
| 評量方式調整 | □分段實施測驗 |  |  |  |  |
| □考試時提醒專注 |  |  |  |  |
| □口頭回答代替紙筆評量 |  |  |  |  |
| □增加試卷視覺提示 |  |  |  |  |
| □延長考試時間 |  |  |  |  |
| 其他 | □家教/補習班/安親班 |  |  |  |  |
| □小老師協助 |  |  |  |  |
| □下課或課後＜單次20分鐘以內＞提供個別指導 |  |  |  |  |
| 1. 請問何時發現此生之學習困難?
2. □無□有就醫?醫院、科別為何?診斷結果為何?
3. 目前□無□有用藥?藥名為何?
 |