|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教育部國民及學前教育署特殊教育相關專業人員服務績效評估調查表  (治療師版) | | | |
| 敬愛的治療師，您好！  感謝您這一年來配合與協助本團隊各項工作推展，為了解學生接受專業團隊服務成效，請您以接受「服務學校」為單位，填寫調查表。調查結果將用於改進學校合作效能及相關作業之參考。 | | | |
| 相關資料 | | | |
| 1、服務區域 | |  | |
| 2、治療師姓名 | |  | |
| 3、接受服務學校 | |  | |
| 4、專業服務類別 | | ○物理治療師 ○職能治療師 ○語言治療師 ○臨床心理師 ○諮商心理師  ○社會工作師 | |
| 5、於專團服務年資 | | ○未滿一年 ○一年以上未滿三年 ○三年以上未滿五年 ○五年以上 | |
| 6、服務內容（可複選） | | □學生相關能力與需求評估 □參與擬訂或檢討IEP □參與個案會議或特推會  □示範訓練方式 □接受學生、家長及老師及其他相關人員諮詢 | |
| 7、參與IEP方式 | | ○未參加IEP擬定或檢討  ○參加IEP擬定或檢討（續填下列選項，可複選）  □提供書面資料 □提供口頭資料 □未提供資料 | |
| 1 | 每次服務時，學校老師（個案管理教師）皆在場參與，並與您溝通討論學生的情況。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 2 | 學校安排的場地空間與設備能符合服務需求。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 3 | 老師能與您達成服務建議及治療內容共識，並能列入IEP。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 4 | 您的服務建議,都能融入相關課程中實施。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 5 | 學校能主動邀請並通知家長參與。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 6 | 老師能確實要求學生或家長實施您的訓練建議。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 7 | 整體而言，學校能積極配合您的到校服務。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明： |
| 8 | 個案接受服務之具體成效完全符合預期。 | | ○非常同意 ○同意 ○不同意 ○非常不同意，  請敘明不合預期之學生姓名/原因： |
| 9 | 該校個案是否持續繼續接受服務？ | | ○需要○不需要 |
| 具體需求與建議：您認為專業團隊有哪些做法還需要改進？您認為這所學校還需要做哪些事，以利您服務實施？ | | | |