

## 遊戲治療服務申請表

請將填妥的表格電郵至 [lcds@heephong.org](mailto:lcds@heephong.org)

請於適當的□內加上✓號

### 一、兒童及家長基本資料

兒童姓名(中)：\_\_\_\_\_ (英)：\_\_\_\_\_

性別：□ 男 □ 女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 年齡：\_\_\_\_歲

就讀學校：\_\_\_\_\_ (年級：\_\_\_\_\_)

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 與兒童關係：□ 父 □ 母 □ 其他\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 聯絡電郵：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

### 二、兒童狀況簡介

兒童是否曾接受醫生/心理學家專業診斷？

□ 沒有 □ 有，診斷：\_\_\_\_\_ (例如：自閉症、焦慮症、讀寫困難)

提供診斷機構：\_\_\_\_\_ 診斷日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

曾經/現時接受的服務/訓練/治療：

服務類別/內容	提供服務的機構名稱	接受服務日期
		至
		至
		至

請簡單描述你申請服務的原因及期望：

---



---

### 三、申請服務類別(可選多於一項)

□ 個別遊戲治療 □ 小組遊戲治療 □ 親子遊戲治療

可出席時段(請在空格內加上✓，可選多於一項)

星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
上午	下午	上午	下午	上午	下午	上午	下午	上午	下午	上午	下午

### 四、聲明

協康會嚴格遵守及履行個人資料(私隱)條例之規定，並確保你的個人資料的準確性及安全性。你的個人資料(包括你的姓名、電郵地址)或會被本會用作聯絡通訊、籌款、推廣活動、研究調查及其他通訊及推廣之用途。若你日後不欲收取本會的推廣資訊，請將姓名、聯絡電話及電郵，電郵予本會(lcds@heephong.org)，以安排相關刪除手續。

家長/監護人簽署：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日