

高雄醫學大學 資源教室
疑似特殊教育學生校內提報轉介單

學生姓名		系級		學號	
轉介者			轉介者 聯繫電話		
學生聯繫電話					
轉介原因	<input type="checkbox"/> 學習方面 <input type="checkbox"/> 情緒方面 <input type="checkbox"/> 感官方面(如視覺、聽覺、肢體或其他) 問題描述：_____				
※請老師協助填寫或影印				準備資料	備註
1	校內提報轉介單 (即本張資料)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2	學生同意書 (務必請學生同意後簽名)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3	醫院診斷證明 (有則附)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4	身心障礙證明 (有則附)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※資源教室收件記錄			
收件記錄	<input type="checkbox"/> 符合資格，將進行後續協助 <input type="checkbox"/> 不符合資格，說明：_____	安置建議	學生是否申請鑑定安置： <input type="checkbox"/> 是 (障礙類別：_____) <input type="checkbox"/> 否
收件日期	年 月 日	其他相關建議：	

資源教室輔導人員：_____

高雄醫學大學資源教室
校內轉介同意書

本人_____同意接受_____老師
（以下簡稱甲方）的轉介，與資源教室的輔導
老師（以下簡稱乙方）進行評估及會談，若有
必要會依循老師建議接受醫院診斷或接受大專
校院特殊教育學生鑑定。我瞭解且同意甲方將
我的會談評估資料轉給乙方。

同意人簽名：

轉介者簽名：

日期： 年 月 日