

학생의 조기 도움 서비스 기록 (History of Early Intervention Services)

프리킨더가든/Head Start 프로그램
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS

작성방법

Montgomery County Public Schools(MCPS)의 Family Service Worker(FSW)는 학부모/후견인과 함께 이 양식을 작성하며 내용이 정확한지를 검토합니다. 제공된 정보는 학생을 돕기위해 사용됩니다.

학생 정보

학생 이름 _____ 생년월일 ____/____/____

자녀에 관해 심각하게 염려가 되는 점이 있습니까? 해당하는 사항에 모두 표시하고 빈 공간에 구체적인 설명을 제공해 주세요.

- 운동 발달 _____ 말하기/언어영역 _____
 행동이나 태도 _____ 시각/청각 _____
 일반 건강(천식, 알레르기, 당뇨, 발작 등) _____

학교에서 약을 복용해야 합니까? 예 아니요

학생은 학교에서 **비상약**을 복용해야 합니까? (에피네프린 자동주사/epinephrine auto-injectors, 흡입기/inhalers, 글루카곤/glucagon, 디아스테드/Diastat, 연무상 약물/nebulized medication 등) 예 아니요 (예의 경우, MCPS Form 565-1 *Student Emergency Information*을 봅시다.)

자녀가 대소변을 가리나요? 예 아니요 학교생활에서 화장실(위루관/G-튜브 영양공급, 카테테르/catheterizations 등)에 특별한 도움이 필요하나요? 예 아니요

학생에게 개별 교육 프로그램(Individualized Education Program-IEP)이 현재 있습니까? 예 아니요

예의 경우, 현재 IEP 사본을 첨부합니다. 어디에서 제공합니까? _____

특수 교육 서비스를 받고 있습니까? 예 아니요

다음 중 해당하는 모든 항목에 표시합니다: 프리스쿨 교육 프로그램(Preschool Education Program-PEP) 언어치료(Speech)
 작업/물리치료(OT/PT-physical therapy)
 프리스쿨 언어반(Preschool Language Class 개별(Private))
 순회 서비스(Itinerant service-차일드케어 학교)

특수교육 서비스를 어디에서 받고 있습니까? _____

일주일에 몇 회를 받고 있습니까? _____

학생이 **Infants and Toddlers Program**에 있습니까? 예 아니요 (가정 또는 차일드케어)

예의 경우, 현재 IFSP 사본을 첨부합니다. 어디에서 받고 있습니까? _____

학생이 언어, 정신, 발달, 작업치료(OT), 물리치료(PT) 등에 관해 평가 또는 검사를 받은 적이 있습니까? 언제인가요? _____

자녀를 **Child Find Clinic**에 데리고 간 적이 있습니까? 예 아니요

Child Find Clinic에 데리고 가기위해 예약을 했습니까? 예 아니요

'예'의 경우, 언제인가요? _____ (보고서를 제공해 주세요)

서명

학부모/후견인 이름 (프린트체로 쓰기) _____

학부모/후견인 서명 _____ 날짜 ____/____/____

OFFICE USE ONLY

MCPS ID _____ Current School _____