

작업 및 물리 치료
학부모 체크리스트

친애하는 학부모/보호자님께:

최대한 많은 정보를 제공하여 양식을 작성해 주십시오. 작업 또는 물리 치료사가 자녀가 학교 교육에 지장을 초래하는 장애를 가지고 있는지 평가하는데 이 체크리스트가 도움이 됩니다. 이 양식을 _____까지 _____께 제출해 주십시오. 궁금하신 점은 저에게 _____로 연락하십시오. 감사합니다.

학생의 성명:	집 전화번호:
학부모/보호자:	핸드폰 번호:

주치의:	전화번호:
의료 전문가:	전화번호:
병원/클리닉:	전화번호:
보조기 제작자:	전화번호:

1. 귀하(또는 학교)는 자녀를 위해 어떤 종류의 평가를 원하십니까? <input type="checkbox"/> 작업치료(Occupational Therapy: OT) <input type="checkbox"/> 물리치료(Physical Therapy: PT)
2. 누가 평가를 요청했습니까? <input type="checkbox"/> 본인/부모 <input type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 교사 <input type="checkbox"/> 기타: _____
3. 학교에서의 자녀의 수행에 대한 가장 큰 우려는 무엇입니까?
4. 학교에서 작업 또는 물리 치료가 자녀를 어떻게 도와주기를 바라십니까?
5. 다음 중 자녀에게 해당되는 것을 고르십시오: <input type="checkbox"/> 의료 진단 또는 질환: _____ <input type="checkbox"/> 과거 수술 경력(날짜 포함): _____ <input type="checkbox"/> 알러지: _____ <input type="checkbox"/> 보조기 (지팡이, 휠체어, 교정기 등): _____
6. 자녀가 예전 OT/PT 서비스를 받았거나 현재 받고 있습니까? 그렇다면 기간은?
7. 임신 및 출산이 정상이었습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오 : 설명
8. 자녀가 다음 발달을 보인 연령은: 뒤집기: _____ 혼자 앉기: _____ 기기: _____ 걸기: _____ 단어 말하기: _____ 문장 말하기: _____ 고품식 씹기: _____
9. 귀하의 가정 환경에 해당되는 것에 표시하세요: <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 계단: 층 수 _____ <input type="checkbox"/> 엘리베이터 <input type="checkbox"/> 휠체어 이동 가능

10. 자녀가 학교 외에 참여하는 활동은? (설명)

친구 또는 친지와 놀기: _____

스포츠 또는 클럽: _____

커뮤니티 또는 사회 행사: _____

치료 또는 기타 진료 약속: _____

11. 해당되는 것에 모두 표시하세요. 필요한 경우 우측에 추가 정보를 기입하십시오.

산만하다

침착하지 못하고 극도로 활동적이다

약하고 쉽게 피곤해진다

느리다

쉽게 짜증을 낸다

화를 낸다

서투르다 설명: _____

학교를 싫어한다

신체 활동을 피한다

대부분의 시간에 텔레비전을 보거나 비디오 게임을 한다

어려움을 겪는 활동

숙제 끝내기

쓰기

말하기

옷 입기: 설명 _____

걷기

계단 오르내리기

잠자기 설명: _____

지시 따라 하기

타인과 놀기

친구 사귀기

자주 넘어집니까? 얼마나 자주? _____

예민합니까? 촉각 소리 냄새 일상이 바뀌는 것

까다로운 식성: 편식하는 음식: _____

12. 자녀가 가정에서 겪는 기타 신체적 또는 행동적 문제에 대해 설명하세요.

13. 자녀가 좋아하는 것은 무엇입니까? 자녀가 즐기는 활동은 무엇입니까?

자주 묻는 질문

학교기반 작업 및 물리 치료는 무엇입니까?

학교에서의 OP 와 PT 는 학업환경에서 학생들의 성공을 돕는 것에 중점을 둡니다. 학생이 수업, 체육시간, 점심시간, 쉬는 시간의 참여 능력과 학교에서 이동성(복도, 계단 및 필요한 경우 엘리베이터)을 포함합니다. 작업 및 물리 치료사들은 교사 및 교직원과 협력해 필수 서비스 또는 상담을 제공합니다.

이 양식을 작성하면 어떻게 되나요?

첫 페이지에 명시된 사람에게 최대한 빨리 작성된 양식을 제출하십시오. 작성된 양식을 바탕으로 평가를 담당하는 치료사는 귀하의 자녀의 장점과 약점에 대한 전반적인 이해를 할 수 있습니다. 치료사가 추가 질문 또는 설명을 위해 귀하께 연락을 드릴 수도 있습니다. 치료사의 평가 결과 자녀가 학교에서의 수행 및 참여에 문제점이 있다고 판단되면 치료사는 다양한 조정 조치를 추천할 것입니다. 추천은 다음의 형식으로 이루어 집니다: 교사 또는 교직원이 수행할 전략, 자녀의 수업 활동 참여를 용이하게 할 수 있는 학교 또는 교실 수정, 필요할 경우 IEP 가 규정하는 작업 또는 물리 치료