

Referral to School Counsellor/School Psychologist

From Learning and Support Team

เอกสารส่งมอบถึงเจ้าหน้าที่แนะแนว/นักจิตวิทยาโรงเรียน  
จากทีมสนับสนุนการเรียนรู้

**ข้อกำหนดความเป็นส่วนตัว:** ข้อมูลนี้รวบรวมไว้โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่แนะแนวของโรงเรียนในการให้ความสนับสนุนบุตรของท่าน การให้ข้อมูลเป็นความสมัครใจ โดยจะเก็บข้อมูลไว้อย่างปลอดภัย ข้อมูลที่รวบรวมและผลของการประเมินใดๆ อาจต้องส่งให้แก่สมาชิกคนอื่นของเจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนบุตรของท่านตามความเหมาะสม ท่านอาจแก้ไขข้อมูลส่วนตัวที่ไว้เมื่อใดก็ได้ โดยติดต่อกับสมาชิกของเจ้าหน้าที่แนะแนวของโรงเรียน

โปรดติดต่อกับทางโรงเรียนหากท่านอยากได้ความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มนี้ ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือของล่ามในการติดต่อกับโรงเรียน โปรดโทรศัพท์หมายเลข 131 450 แจ้งภาษาที่ต้องการ และขอให้พนักงานโทรศัพท์โทรโรงเรียน พนักงานโทรศัพท์จะจัดให้มีล่ามคอยช่วยเหลือท่านในการสนทนากับทางโรงเรียน ท่านไม่ต้องเสียเงินสำหรับบริการนี้

Name of student ชื่อของนักเรียน

Name of school ชื่อของโรงเรียน

Date of birth  
วันเกิด

Date of referral  
วันที่ส่งมอบ

บิดามารดาหรือผู้ดูแลกรอกข้อความข้างล่างเป็นภาษาอังกฤษ - โปรดเพิ่มหน้ากระดาษถ้าไม่มีที่พอ  
เหตุผลของเอกสารส่งมอบ/ข้อกังวลของบิดามารดา Reason for referral/parent's concerns

ประวัติพัฒนาการ/ประวัติการแพทย์ Developmental/medical history

ตัวอย่างเช่น ท่านมีความเป็นห่วงเกี่ยวกับพัฒนาการทางการพูด ภาษาหรือการเคลื่อนไหวของบุตรหรือไม่? บุตรของท่านมีอาการป่วยที่สำคัญหรือไม่?

การประเมินผลครั้งก่อน Previous assessments

ตัวอย่างเช่น การประเมินโดยแพทย์ นักจิตวิทยา นักบำบัดการพูด (โปรดระบุผู้ทำการประเมินพร้อมแนบรายงาน ถ้าทำได้)

ข้อมูลเพิ่มเติม More information

ยังมีสิ่งอื่นใดอีกที่ท่านอยากให้เจ้าหน้าที่แนะแนว/นักจิตวิทยาโรงเรียนรับรู้หรือไม่?

ท่านหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังจากเจ้าหน้าที่แนะแนว/นักจิตวิทยาโรงเรียนได้พบกับบุตรของท่าน?

What do you hope will happen as a result of the school counsellor/school psychologist seeing your child?

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อกำหนดความเป็นส่วนตัว และอนุญาตให้เจ้าหน้าที่แนะแนว/นักจิตวิทยาโรงเรียน:

ดำเนินการประเมินและให้คำปรึกษาแนะแนวตามที่ต้องการ  
Carry out assessment and counselling as required

ได้  
Yes

ไม่  
No

ติดต่อกับผู้ทำรายงานที่ข้าพเจ้าให้รายละเอียด  
Contact the authors of the reports I have provided

ได้  
Yes

ไม่  
No

รายงานจาก  
Reports from

แลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานเหล่านี้  
Exchange information with these agencies

ได้  
Yes

ไม่  
No

ลายเซ็นของบิดาหรือมารดา/ผู้ดูแล  
Signature of parent/carer

วันที่  
Date