



協康會青蔥計劃 物理治療服務 – 健腦操訓練

- 簡介 : 健腦操源自 1969 年，由始創人保羅·丹尼生博士結合諸家學說(包括運動機能學、東方醫學、瑜珈及神經語言程式學等)而成。健腦操的科學原理是透過身體動作，有系統地刺激大腦不同部份之連結及整合，從而提升大腦的運作水平及個人學習能力。
- 目標 :
• 提升兒童的專注力及學習效能
• 幫助兒童控制情緒及改善行為問題
- 對象 : 初生至就讀初中有發展障礙的兒童
- 導師 : 協康會資深物理治療師(具註冊健腦操®導師資格)
- 形式 : 物理治療師會向家長了解兒童的情況以製訂訓練目標，然後為兒童提供個別訓練。
- 收費 : 個別治療每週或隔週一節(50 分鐘)，每節收費\$650，家長須於第一堂前繳交四堂費用，之後每四堂預繳一次
- 服務地點 :
• 協康會郭葉鍊洪中心 (電話:2648 9968)
新界沙田沙角邨沙燕樓 3 樓 12-16 室(近馬鐵沙田圍站)
• 協康會青蔥計劃大坑東中心 (電話:2777 9938)
九龍大坑東邨東滿樓地下 (近石硤尾地鐵站)
• 協康會海富中心 (電話：2777 5588)
九龍旺角海泓道海富苑海欣閣地下及 1 樓
• 協康會賽馬會家長資源中心 (電話：2827 2830)
香港筲箕灣愛東邨愛善樓地下(近筲箕灣地鐵站)
• 協康會環翠中心西翼 (電話 3568 4145)
香港柴灣環翠村澤翠樓地下 102-113 室 (近柴灣地鐵站)
- 申請手續 : 請將填妥的報名表郵寄或傳真至青蔥計劃辦事處。辦事處職員收到表格後將與申請人聯絡，以安排服務地點及時間。所有個人資料均會保密，並只用作申請服務之用。
- 查詢 : 2393 7555 (協康會青蔥計劃)



協康會 青蔥計劃

個案編號：PT-BG_____

申請日期：_____

(由青蔥計劃辦事處填寫)

請填妥報名表格，然後傳真/郵寄/電郵至協康會青蔥計劃辦事處

地址：九龍深水埗大埔道 70 號太子中心二樓協康會青蔥計劃辦事處

電郵：slp@heeiphong.org

電話：2393 7555

傳真：3142 7221

物理治療服務 – 健腦操訓練報名表格

申請人資料

兒童姓名：(中文) _____ (英文) _____ 性別：_____

就讀中心/學校：_____ 班別：_____ 出生日期/年齡：_____/_____

主要困難：_____

監護人姓名：_____ 與兒童關係：_____

地址：_____

日間聯絡電話：_____ 手提電話：_____ 傳真：_____

電郵：_____ 從何途徑得知本服務：_____

有否申請/接受青蔥計劃所提供之其他服務 沒有 有，請註明：_____

是否願意透過電郵收到本會的活動資料 願意 不願意

成員	年齡	職業/教育程度
父親		
母親		
兄/弟/姊妹		

成員	年齡	職業/教育程度
兄/弟/姊妹		
其他：		
其他：		

兒童資料

1. 兒童就讀學校類別： 早期教育及訓練中心 特殊幼兒中心 兼收位幼兒學校

幼稚園/幼兒學校 小學 特殊學校 其他：_____

2. 兒童溝通語言： 廣東話 英語 普通話 其他：_____

3. 兒童曾否接受醫生/心理學家診斷？ 沒有 有，診斷結果：_____

提供診斷的機構：_____ 診斷日期：_____年_____

4. 兒童有否長期身體疾病？ 沒有 有，請註明：_____

5. 除就讀的學校外，兒童曾經/現正接受的訓練/治療：

服務類別/內容	提供服務機構名稱	接受服務日期
1.		至
2.		至
3.		至

服務申請資料

1. 希望提供服務之地點：(請由 1 開始排列選擇意願)

- 協康會郭葉鍊洪中心 協康會賽馬會家長資源中心
 協康會青蔥計劃大坑東中心 協康會環翠中心
 協康會海富中心

2. 希望提供服務之時段：_____

3. 你期望透過健腦操改善以下那一種情況：(請由 1 開始排列選擇意願)

- 動作協調 專注力 情緒控制 社交技巧
行為問題 認知 其他：_____

服務申請注意事項

1. 青蔥計劃辦事處職員收到申請表格後將與申請人聯絡，以作服務安排。
2. 若兒童因事未能出席首節訓練，須於約定時間一星期前通知本計劃職員，否則將影響申請次序。若兒童再次缺席，便需重新申請服務。
3. 家長/照顧者須陪同兒童出席訓練，以了解兒童的進度及家居訓練方法。
4. 當天文台懸掛八號風球或黑色暴雨警告訊號時，所有服務均會暫停。若天文台在下午二時正或以前取消該等警告訊號，中心會在訊號取消後兩小時恢復正常服務。若天文台在下午二時後才取消八號風球或黑色暴雨警告，下午之服務將會暫停。
5. 當天文台懸掛三號風球或紅色暴雨警告訊號時，治療師會繼續提供服務，家長仍須依約定時間帶子女出席評估或訓練。
6. 若兒童因病未能出席訓練，請在下一堂出示醫生證明；若兒童因事未能出席，亦請於訓練時間二十四小時前通知治療師，否則將不會獲得補堂。
7. 在訓練/治療進行期間，請勿錄影、錄音或拍照。

此部份由青蔥計劃辦事處填寫

個案編號：_____

評估日期及時間：_____ 地點：_____ 負責同事：_____

有否申請其他青蔥服務？沒有 有 服務類別：_____ 負責同事：_____ 評估日期：_____

個案經理姓名：_____

日期：_____