



DEPARTMENT OF

Education

STATE OF MAINE

### 教師意見 —— 流暢性

學生姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
教師姓名: \_\_\_\_\_ 年級/參加計畫名稱: \_\_\_\_\_

你對上述學生言語流暢性的觀察將有助於確定該學生是否存在對教學效果產生不利影響的言語流暢性問題。請勾選所有觀察項目，並在完成本表後，將表格返還給語言表達病理學家。

是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

1. 該學生是否有與口吃關聯的特徵（如，部分或全部單詞重複、無聲卡殼、拖長語音或單詞的發音）？ \_\_\_\_\_
2. 這些口吃症狀是否還伴隨其他行為（如：上身、頭部和頸部肌肉緊張、面肌抽搐、身體移動）？ \_\_\_\_\_
3. 口吃是否造成他/她的言語內容難以讓人理解？ \_\_\_\_\_
4. 該學生是否因為口吃而減少在教室裏說話？ \_\_\_\_\_
5. 該學生是否逃避課堂活動中發言？ \_\_\_\_\_
6. 該學生是否逃避在社交場合中的言語參與？ \_\_\_\_\_
7. 你認為該學生是否意識到他/她存在語言溝通障礙？ \_\_\_\_\_
8. 該學生的父母是否與你談起過他/她的言語流暢性的異常問題？ \_\_\_\_\_

我認為這些行為不會對教學效果產生不利影響 \_\_\_\_\_  
我認為這些行為會對教學效果產生不利影響 \_\_\_\_\_

你對該孩子溝通技巧方面還有其他看法嗎？

---

---

教師簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_