

## Autism Support Checklist

患者姓名: \_\_\_\_\_  
患者生日: \_\_\_\_\_  
日期: \_\_\_\_\_

### 沟通方式

1. 患者平常使用母语(中文)沟通吗?
2. 患者平常还会使用哪些方式交流/沟通?
3. 我们要如何帮助患者理解我们所提供的资讯?
4. 患者平时都用什么方式来表达痛苦或不舒适?

- 是
  - 否
- 请解释或列举: \_\_\_\_\_

- 图像
- 文字
- 透过平板/电子产品
- 手势
- 其他: \_\_\_\_\_

- 母语(中文)
- 图像
- 文字
- 透过平板/电子产品
- 手势
- 其他: \_\_\_\_\_

- 母语(中文)
- 大哭/尖叫
- 自残/伤害自己
- 挑衅或有攻击性的行为
- 其他: \_\_\_\_\_

### 感知需求

5. 有什么感官上的刺激会引发患者不舒服吗?或是患者会自己寻求感知上的刺激吗?

- 避免太亮的光线
- 避免嘈杂的声音
- 避免肢体接触
- 寻求压力上的刺激(比如说喜欢有人用力抱他)
- 其他: \_\_\_\_\_

6. 什么样的行为/物品可以帮助到他?

- 太阳眼镜
- 耳机
- 压力球
- 其他: \_\_\_\_\_

### 与患者的互动

7. 我们怎么样能够帮助患者理解看医生所需要经过的程序以及检查?

- 先口头讲解即将要做的检查
- 在另一个人身上先示范即将要做的检查
- 利用图表让患者理解接下来的检查行程
- 其他: \_\_\_\_\_

8. 有没有什么特别的动作/对话会容易让患者不开心/不舒服?  
(例如:有人讲话很大声)

- 是? 请解释或列举:
- 否

9. 患者是否有些行为会有安全上的考量?

- 到处冲撞跑来跑去
- 伤害自己的行为
- 打人或者踢人等行为
- 其他: \_\_\_\_\_

10. 有没有任何其他事情可以让我们帮助患者更自在一些?

请将完成后的表格寄给The Autism Program到以下这个地址: 72 E. Concord St. Vose, Boston MA 02118,  
或者你可以传真到以下这个号码给我们: 617-414-3693. 有任何问题, 欢迎来信至 [autismfriendlyinitiative@bmc.org](mailto:autismfriendlyinitiative@bmc.org).