

## Autism Support Checklist

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

### 溝通方式

1. 患者平常使用母語(中文)溝通嗎?
2. 患者平常還會使用哪些方式交流/溝通?
3. 我們要如何幫助患者理解我們所提供的資訊?
4. 患者平時都用什麼方式來表達痛苦或不舒適?

是  
 否  
請解釋或列舉: \_\_\_\_\_

圖像  
 文字  
 透過平板/電子產品  
 手勢  
 其他: \_\_\_\_\_

母語(中文)  
 圖像  
 文字  
 透過平板/電子產品  
 手勢  
 其他: \_\_\_\_\_

母語(中文)  
 大哭/尖叫  
 自殘/傷害自己  
 挑釁或有攻擊性的行為  
 其他: \_\_\_\_\_

### 感知需求

5. 有什麼感官上的刺激會引發患者不舒服嗎?或是患者會自己尋求感知上的刺激嗎?
6. 什麼樣的行為/物品可以幫助到他?

避免太亮的光線  
 避免吵雜的聲音  
 避免肢體接觸  
 尋求壓力上的刺激(比如說喜歡有人用力抱他)  
 其他: \_\_\_\_\_

太陽眼鏡  
 耳機  
 壓力球  
 其他: \_\_\_\_\_

### 與患者的互動

7. 我們怎麼樣能夠幫助患者理解看醫生所需要經過的程序以及檢查?
8. 有沒有什麼特別的動作/對話會容易讓患者不开心/不舒服?  
(例如:有人講話很大聲)
9. 患者是否有些行為會有安全上的考量?

先口頭講解即將要做的檢查  
 在另一個人身上先示範即將要做的檢查  
 利用圖表讓患者理解接下來的檢查行程  
 其他: \_\_\_\_\_

是? 請解釋或列舉:  
 否

到處衝撞跑來跑去  
 傷害自己的行為  
 打人或者踢人等行為  
 其他: \_\_\_\_\_

10. 有沒有任何其他事情可以讓我們幫助患者更自在一些?

請將完成後的表格寄給The Autism Program到以下這個地址: 72 E. Concord St. Vose, Boston MA 02118,  
或者你可以傳真到以下這個號碼給我們: 617-414-3693. 有任何問題, 歡迎來信至 [autismfriendlyinitiative@bmc.org](mailto:autismfriendlyinitiative@bmc.org).