# 客户信息

☐

客户登记表

**4201大学驱动器**

**Suite B & C 安娜堡, MI 48108**

## 电话,734-926-0740

1. **734-369-8851**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 客户名称: |  | 昵称: |  |  |
| 出生日期: | 年。 | 性。  | 雄  | 或女 |
| 地址: |  |  |  |  |
| 城/州。 | 邮政编码: |  | 县一: |  |

请言CBF所乐?

* + ABA治 ☐ 社交技能

# 家长/监护人息(如所宜)

家长/监护人姓名。 业:

电话号码: 电子邮件:

地址:

城/州。 邮政编码: 县一:

家长/监护人姓名。 业:

电话号码: 电子邮件:

地址:

城/州。 邮政编码: 县一:

* + 单 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 分 ☐ 寡

|  |  |
| --- | --- |
| 他住在家里的人。 |  |
| 名: | 年。 | 关系: |
| 名: | 年。 | 关系: |
| 名: | 年。 | 关系: |
| 名: | 年。 | 关系: |
| 名: | 年。 | 关系: |

# 责方信息

请填写以下 Creating Brighter Futures 客户财务负责者

担保人姓名。 出生日期:

世安号码: 与客户: 地。

电话号码:

雇主:

当将君发票发何处电子邮件?

任财务责任者署名 期

# 保险信息

君可附保险卡正反两面**之复印件**,或于"造更明之未来",启事之始 **照片因电子邮件发送给** lnadeau@creatingbrighterfutures.com。

**大** 保险:

订阅者姓名。 出生日期:

策 ID #: 组 #:

客户:

**二保险** :

订阅者姓名。 出生日期:

策 ID #: 组 #:

客户:

**医疗补助** 保险

消费者数。 县一:

个案经理姓名。 个案经理编号。

*保险信息*

为保险计持有人投保人,子有责知君之利。 为也

得计福利,与从事成本最确概述,君须之

拨打保险卡背 1-800 "会员"号码,与客户服务语

其树。

拨打保险卡背之号码,共其姓名、日期

童子生保险身份证号码,**请填以下内容**

其有自闭症 ABA 之利乎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

自闭症或 ABA 何益\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Creating Brighter Futures 网络内提供商乎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(我 NPI,国提供者识号,编号 1881939346)

 免赔额多少\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 共付额多少\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 若须,自闭症之诊代码F84.0也

 若须,将所用特定 ABA CPT 服代码。

 97151\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97153\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97154\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97155\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97156\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97157\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 自闭症或 ABA 事者就诊次有限乎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 当年福利有最高金额限乎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*诊断信息* - **请备诊断副本**

诊断:

诊日。

谁供此诊?

诊断:

诊日。

谁供此诊?

诊断:

诊日。

谁供此诊?

岂有发育迟和/言语迟者家族史 ? ☐ ☐ 是否,请释之

# 病历

主治医师姓名。 电话号码:

业名/地。 传真号码:

有何相关住院治疗手术?

请列所有当今药物及剂量。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 药物 | 志也 | 荆量 | 始期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

请列你的儿子有过敏症。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 过敏症 | 反应 | 治方 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 行史书

请列子从事挑战性行。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行也 | 几时一发? | 君知有所发行? | 你知道有什么事会让你的儿子停止吗从事此行? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

请列你的儿子眼前从事的自己刺激行为。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行也 | 几时一发? | 公何事也知触发可乎? | 汝知否将使汝子止之乎? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 通书

近听何时/? 视力测试? 请列其事

子之吞咽困难食乎? ☐ 然 ☐ 否

若是,请解释

你认为你的儿子可要言语治疗来改善以下哪些通领?

* 解语言 ☐ 通言语 ☐ 语音
* 流利/口吃 ☐ 声 ☐ 社交通 汝何时始忧?

社交技戏,君儿否。

与人交眼? ☐ 然 ☐ 不效人? ☐ 然 ☐ 不用有期用之玩具? ☐ 然 ☐ 否

求与以下互动: ☐ 成人 ☐ 同龄人 ☐ 兄弟姊妹

子之子, (勾选所宜)

* 循简(选中所有宜用者) ☐ 1 步驿 ☐ 2 步驿言之 ☐ 3+ 步向
* 指//伸手/或以他方识汝言名者与物?
* 指名之本体?
* 对曰:"/否?"
* 曰∶何、何、何、何?
* 解介词(:in、under、on)?
* 知色与小大之单词乎?

以下哪项述子之道:(勾选所有宜用者)

* 指、打、势、声 ☐ 单单词(可几许?
* 眼交流、面部表情 ☐ 两词短语
* 妄云 ☐ 三四字语
* 引人于物 ☐ 全句,有误
* 供物/有形符号以传☐语法正句
* 图片 ☐ 作
* 通讯板/书 ☐ 通讯设备(类?
	+ 频率 ☐ 频率
* 手语 ☐ 其余

# 通书续之

子与下交(口非口):(勾选所宜)

* 问求/求? ☐ 问? ☐ 起汝意?
* 向人呼唤? ☐ 求助? ☐ 分享信息?
* 与左右人物图片贴上标签?

如子能言:

汝不知其言之难乎? ☐ 然 ☐ 否 ☐ 有时

其言汝知几何? ☐ 0-25% ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75-100% 他人难解否? ☐ 然 ☐ 否 ☐ 有时

其言几何人解? ☐ 0-25% ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75-100%

你孩儿不解时,他有甚么反应? (复、改消息、弃等

其尝言复单词与不单词? ☐ 然 ☐ 否 ☐ 故事:

其困穷而不可出一言乎? ☐ 然 ☐ 否 ☐ 故事:

其语速太疾与太迟? ☐ 疾 ☐ 迟 ☐ 正言时声闻,嘶哑或断续。 ☐ 然 ☐ 否

其言音量脱颖于社交乎? ☐ 然 ☐ 不然,其言年/性别高下乎? ☐ 然 ☐ 否

# 如议者议

请在下面指指每类中最好和不好的项目。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 喜 | 恶之 |
| 食 |  |  |
| 玩具/物 |  |  |
| 动@首页 |  |  |
| 社区活动/郊游 |  |  |
| 其余 |  |  |

# 护理人员者仍续之

你孩儿的优点是甚么?

你孩儿哪些方面须改进?

子之子,其与课外活动乎? 若然,请列之。

请列三大近期/短期。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

请列三大长。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

 *教与治史*

请注诸旧/今之教治提供者。 附上一切近评。

教提供者

学校名:

教室类:

教师姓名: 年级。

地址:

电话号码:

今时间表。

子之有 504/IEP 乎? ☐ 然 ☐ 否

行治提供者

行治提供者

提供商名。

联系人姓名。 电话号码:

服务期。

附表:

停产故。

言语治提供者

提供商名。

联系人姓名。 电话号码:

服务期。

附表:

停产故。

职业治疗提供者

提供商名。

联系人姓名。 电话号码:

服务期。

附表:

停产故。

其他治提供者

提供商名。

联系人姓名。 电话号码:

服务期。

附表:

停产故。

咨治提供者

提供商名。

联系人姓名。 电话号码:

服务日 时间表。

停产故。

填写表格的人的正楷姓名

填表格者署名

克日成日