



DEPARTMENT OF

Education

STATE OF MAINE

教師意見 —— 聲音

學生姓名: _____ 出生日期: _____

教師姓名: _____ 年級/參加計劃名稱 _____

你對上述學生言語能力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
音障礙。請勾選所有觀察項目，並在完成本表後，將表格返還給語言交流病理學家。

是 否

1. 該學生聲音是否足夠響亮，讓你在課堂上能聽到? _____
2. 該學生是否在課堂或者其他場合喧嘩或者說話聲音過高? _____
3. 該學生說話過程中的音調和音調變化是否與他/她的年齡和性別相稱? _____
4. 在談話過程中，學生的音調是否失控或者過低，以至於分散溝通中的注意力? _____
5. 該學生是否在一日結束時或者在操場或其他活動結束後失聲? _____
6. 該學生的音質是否在會一日中的某一特定時間或者某一特定活動後變差?
如果是，什麼時候? _____
7. 該學生的聲音品質是否會分散溝通中的注意力? _____
8. 是否注意到該學生高聲說話、大喊大叫、尖叫或者模仿他人的聲音?
這種情況多長時間發生一次? _____
9. 該學生是否經常咳嗽或者清嗓子? _____
10. 該學生或者家長是否對該學生的聲音表示了擔憂? _____
11. 該學生是否健康，其聲音問題是否在感冒或者過敏期間或者之後發生? _____
12. 該學生是否由於聲音異常而羞於參加口語課活動? _____
13. 該學生是否曾經因為他/她的聲音而遭受評論或者他人的欺凌? _____

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 _____

你對該孩子溝通能力方面還有其他看法嗎?

教師簽名: _____ 日期: _____

改編自密歇根言語-語言-聽力協會制定的關於在密歇根公立學校提供言語-語言服務的標準(1985年)。