



Baseline Health Questionnaire 基本健康評估

Name/姓名: _____ (Parent's Name 家長姓名): _____ Date (日期): _____

Age (年齡): _____ Email (電郵): _____ Phone (電話號碼): _____

Please check the issues affecting you now or in the past. 一個受損的神經系統不一定會在身體上呈現明顯的症狀, 請你在下方的問卷裏填寫一些現在或以前影響你自身健康的問題, 並在適合的方格內打剔。

Emotions 情感	Behaviour 行為	Physical Issues 身體問題	Mental Activity 心理活動
	Sensory Integration 感觀	Organ Issues 內在問題	

What are your main health concerns or health goals? 請你寫出一小段關於最困擾你自己/你孩子的健康問題或健康目標, 讓我們更懂得怎樣為你提供協助?

Do you want help? 你需要我們的幫助嗎? Yes 是 No 不是

If yes, please tell us how: Free consultation with the doctor (我想與醫生免費會面及諮詢)。
如果是, 請告訴我們: Free monthly e-newsletters (我想每月透過電子郵件獲取最新資訊)。
 Free Health Seminar (我想出席一個免費的 90 分鐘健康意識研討會)。