



香港大學醫學院兒童及青少年科學系

大口環根德公爵夫人兒童醫院—兒童康復研究中心



香港大學醫學院兒童及青少年科學系於 2001-2007 與東華三院東華醫院—香港大學中醫藥臨床教研中心合辦「針灸對治療兒童自閉症的成效」究研，發現針灸對部份自閉症兒童能有一定幫助，初步結果已於 2008 年 4 月 2 日在本院舉行之「全球自閉症關注日家長講座」中公佈。

由於針灸對兒童自閉症的成效仍有很多問題尚待探討，因此本院計劃日後仍會推出有關研究。

本院將過往之研究結果公佈後接到不少家長查詢，並提出希望參加日後之研究計劃，故現誠邀有意參與本院舉辦之針灸研究者填上報名表，以便日後計劃開展時與之聯絡，謝謝！

注意：

1. 研究開展日期受多項因素影響，現未有確實時間表
2. 交回報名表後並不代表一定有機會參與本院之研究，若閣下不獲招募為研究對象，資料將被銷毀，恕不另行通知。
3. 每項研究細節有異，獲招募參與者將由研究員另行通知，屆時亦將告知有關研究之時間流程、評估項目、治療細節、收費、舉辦地點等，家長可因應當時情況決定是否參與研究
4. 所有資料，絕對保密，經存檔後只會於研究開展時由指定之研究員查閱

如有查詢，請電郵：enquiry@autism123.hk

或郵寄香港大口環道 12 號大口環根德公爵夫人兒童醫院—兒童康復研究中心
(針灸研究查詢)

謝謝！



香港大學瑪麗醫院兒童及青少年科學系

大口環根德公爵夫人兒童醫院一兒童康復研究中心



「針灸」對治療兒童自閉症的成效

填妥的表格，請以下列方式遞交

1. 傳真 Fax: 2855-4089 王/許小姐或
2. 電郵 enquiry@autism123.hk
3. 郵寄或親身交回香港大口環道 12 號大口環根德公爵夫人兒童醫院一兒童康復研究中心(針灸)

By post or submitted to The Duchess of Kent Children's Hospital, Children Assessment Centre,
12, Sandy Bay Road, Pokfulam, Hong Kong

個人資料 (Information)

孩子姓名 Name of child _____ 性 別 Sex _____
出生日期 Date of birth _____ 年 齡 Age _____

接受服務或教育機構的名稱 Centre / School Child is attending

六歲前 Before 6 years of age _____

六歲後 After 6 years of age _____

請在適合的 上填上√號 Please ✓ where appropriate

曾接受西醫治療 has taken western medical treatment

a) 曾接/現正接受抗癲癇藥物 (請註明) _____

has taken / currently taking anticonvulsants (Please specify) _____

b) 曾接/現正接受精神科藥物 (請註明) _____

has taken / currently taking psychiatric drug (Please specify) _____

機密 CONFIDENTIAL

曾接受中醫治療 has taken traditional Chinese medical treatment

a) 中藥 Traditional Chinese medicine b) 針灸 Acupuncture

c) 其他（請註明）Others (Please specify) _____

現於／曾於那一間醫院覆診 Which hospital or clinic are you visiting / have you visited?

是否曾作語言能力測試 Have language test

是 Yes

測試年份及醫院名稱 Year of test and Name of hospital _____

否 No

測試結果 Result of assessment

弱能類別 Type of disability (請在適合的 上填上√號 Please √ where appropriate)

1) 自閉症 Autism

輕微 Mild 中度 Moderate 嚴重 Severe

a) 是否曾進行評估 Have been assessed

是 Yes 評估年份及醫院名稱 Year of assessment and Name of hospital

否 No

機密 CONFIDENTIAL

b) 是否曾作智商測試 Have IQ test

是 Yes 評估年份及醫院名稱 Year of assessment and Name of hospital

評估結果 Result of assessment 智商正常 Normal IQ

弱智 Mentally retarded

否 No

2) 弱智 Mentally retarded

輕度 Mild 中度 Moderate 嚴重 Severe

父母資料 Parents' information

父親姓名 Name of father _____ 職業 Occupation _____

母親姓名 Name of mother _____ 職業 Occupation _____

聯絡電話 Contact phone number _____ (日間 Daytime)
_____ (夜間 Night) _____ (手提 Mobile Phone)

傳真機號碼 Fax Number _____

聯絡地址 Address _____

電郵地址 E-mail address _____

**所有資料，絕對保密，只限與本項研究有關之指定工作人員查閱，
為方便聯絡，煩請填妥，謝謝！**