

新竹縣早期療育通報轉介暨個案管理中心 通報單

※依據兒童及少年福利與權益保障法第三十二條第一項規定：「各類社會福利、教育及醫療機構，發現有疑似發展遲緩兒童，應通報直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關應將接獲資料，建立檔案管理，並視其需要提供、轉介適當之服務。」

案號 (本中心填寫)	通報日期	年 月 日	編號 (本中心填寫)
---------------	------	-------	---------------

【兒童基本資料】

姓名	生日	民國 年 月 日	身分證號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
戶籍地址：					
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同上					
父姓名：		<input type="checkbox"/> 原住民 _____ <input type="checkbox"/> 外籍 _____ <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 其他說明：			
		電話：			
母姓名：		<input type="checkbox"/> 原住民 _____ <input type="checkbox"/> 外籍 _____ <input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 其他說明：			
		電話：			
聯絡人姓名	<input type="checkbox"/> 同上	與兒童關係	電話	電郵	
(疑似)發展遲緩類別	<input type="checkbox"/> 1. 認知能力 <input type="checkbox"/> 2. 語言溝通 <input type="checkbox"/> 3. 社會情緒發展 <input type="checkbox"/> 4. 生活自理 <input type="checkbox"/> 5. 粗動作 <input type="checkbox"/> 6. 精細動作 <input type="checkbox"/> 7. 感官障礙 (<input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力) <input type="checkbox"/> 8. 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 9. 非特定性 (<input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 聽知覺 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 注意力 <input type="checkbox"/> 過動/衝動) <input type="checkbox"/> 10. 其他：				
相關證明文件	發展遲緩證明 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 持有 (<input type="checkbox"/> 過期 <input type="checkbox"/> 未過期) 身心障礙證明(手冊) <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 持有 (<input type="checkbox"/> 過期 <input type="checkbox"/> 未過期) 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 持有 (<input type="checkbox"/> 過期 <input type="checkbox"/> 未過期)				

【相關資源使用】

一、聯評中心	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 未接受評估 <input type="checkbox"/> 未完成評估 <input type="checkbox"/> 已完成評估 <input type="checkbox"/> 其他：
二、醫療復健	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 需定期門診追蹤，不需復健治療 <input type="checkbox"/> 需定期門診追蹤，未安排或轉介復健治療 <input type="checkbox"/> 已接受 (<input type="checkbox"/> 將接受 <input type="checkbox"/> 將轉介) : <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 其他 _____ ，療育單位名稱：_____
三、學前教育	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 已就讀 (<input type="checkbox"/> 將就讀) _____ 幼兒園 <input type="checkbox"/> 巡迴輔導 <input type="checkbox"/> 專業團隊
四、社福資源	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 完全未使用資源 <input type="checkbox"/> 使用資源說明：
五、接受本中心服務意願	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，但接受電話諮詢與信件通知 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 其他手足已接受服務，手足姓名：_____
六、其他需協助事項：	

通報單位	<input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 醫療院所 _____ <input type="checkbox"/> 衛生所 _____ <input type="checkbox"/> 社福機構 _____		
	<input type="checkbox"/> 幼教機構 _____ <input type="checkbox"/> 托嬰中心 _____ <input type="checkbox"/> 早療育機構 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
姓名	電話	傳真/電郵	

新竹縣早期療育通報轉介暨個案管理中心 (新竹縣政府委託社團法人台灣新願社會福利服務協會辦理)

地址：302 新竹縣竹北市縣政二路 620 號 電話：03-6573603 傳真：03-6573607

----- 回覆單 ----- 年 月 日 -----

處理情形	<input type="checkbox"/> 已接案，處理中 <input type="checkbox"/> 不開案 <input type="checkbox"/> 其他：	說明：
------	---	-----

督導：

社工員：

聯絡電話：