

# 高雄市疑似發展遲緩兒童通報表

案 號	(本欄由受理單位填寫)				本通報表◎部份為非必填欄位					
兒童資料	兒童姓名	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號				
	戶籍地址									
	聯絡地址									
	發展遲緩狀況	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定		重大傷病證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, ◎病名: _____					
	身障手冊(證明)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障礙類別: _____)		障礙等級: _____	◎核發日期: __年__月__日)					
	(疑似)發展遲緩類別(可複選)									
	<input type="checkbox"/> 語言溝通能力 <input type="checkbox"/> 認知能力 <input type="checkbox"/> 社會、情緒發展 <input type="checkbox"/> 粗動作 <input type="checkbox"/> 精細動作 <input type="checkbox"/> 生活自理 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視覺 <input type="checkbox"/> 高危險背景環境:(如早產、低重兒、低社經家庭…等) <input type="checkbox"/> 其他: _____									
	兒童就學就醫情形:									
	就學: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 學校名稱: _____									
	治療: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 醫療, 治療單位名稱: _____									
<input type="checkbox"/> 語言, 治療單位名稱: _____										
<input type="checkbox"/> 職能, 治療單位名稱: _____										
<input type="checkbox"/> 物理, 治療單位名稱: _____										
<input type="checkbox"/> 其他, 治療單位名稱: _____										
特殊事項說明:										
家庭背景(可複選):										
<input type="checkbox"/> 一般家庭 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 假性單親 <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 原住民家庭										
<input type="checkbox"/> 新移民家庭( <input type="checkbox"/> 父, _____籍, <input type="checkbox"/> 母, _____籍) <input type="checkbox"/> 低收入戶家庭 <input type="checkbox"/> 家中有兩位身障者(含發展遲緩)										
<input type="checkbox"/> 兒保個案(家暴、因案入獄、寄養者) <input type="checkbox"/> 高風險家庭 <input type="checkbox"/> 其他 _____										
家長資料	父親	身份(可複選): <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 聯絡人 <input type="checkbox"/> 主要照顧人 <input type="checkbox"/> 其他								
		姓名: _____ ◎出生日期: _____年____月____日								
		聯絡電話:(日) _____ (夜) _____ (手機) _____								
		聯絡地址: _____ ◎電子信箱: _____								
	母親	身份(可複選): <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 聯絡人 <input type="checkbox"/> 主要照顧人 <input type="checkbox"/> 其他								
	姓名: _____ ◎出生日期: _____年____月____日									
	聯絡電話:(日) _____ (夜) _____ (手機) _____									
	聯絡地址: _____ ◎電子信箱: _____									
	監護人 聯絡人 主要照顧人 (同父或母比欄晚填)	身份(可複選): <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 聯絡人 <input type="checkbox"/> 主要照顧人 <input type="checkbox"/> 其他								
		姓名: _____ 與兒童關係: _____								
		聯絡電話:(日) _____ (夜) _____ (手機) _____								
		聯絡地址: _____ ◎電子信箱: _____								
	家長對通報的態度	<input type="checkbox"/> 抗拒 <input type="checkbox"/> 猶豫 <input type="checkbox"/> 認同								
通報人資料	通報來源	<input type="checkbox"/> 家長監護者 <input type="checkbox"/> 托嬰中心 <input type="checkbox"/> 早期療育機構 <input type="checkbox"/> 幼兒教育機構								
		<input type="checkbox"/> 社福機構(含身障機構兼辦、他縣市通報轉介個管中心) <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 聯評中心 <input type="checkbox"/> 衛生所								
		<input type="checkbox"/> 居家托育人員(保母) <input type="checkbox"/> 其他(如親友、村里長、村里幹事…等) _____								
	通報單位	單位主管	填表人	通報日期	____年__月__日					
聯絡電話	(電話)	(手機)	(傳真)							
聯絡地址					電子信箱					

※依據兒童及少年福利與權益保障法第 32 條第 1 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。」

※請依居住地區通報至下列中心

通報轉介中心	聯絡方式	服務區域
高雄市三民區兒童早期療育發展中心	電話：07-3985011，傳真：07-3985015 地址：高雄市三民區九如一路 775 號	三民區、苓雅區、左營區、楠梓區、新興區、前金區、鹽埕區、鼓山區、前鎮區、小港區、旗津區
高雄市鳳山區兒童早期療育發展中心	電話：07-7630369，傳真：07-7633151 地址：高雄市鳳山區新富路 630 號	鳳山區、大寮區、仁武區、大社區、鳥松區、林園區、大樹區
高雄市旗山區兒童早期療育發展中心	電話：07-6618106，傳真：07-6618107 地址：高雄市旗山區文中路 7 號	旗山區、美濃區、內門區、杉林區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區、茂林區、桃源區
高雄市岡山區身心障礙福利服務中心	電話：07-6226730，傳真：07-6235346 地址：高雄市岡山區公園東路 131 號	岡山區、彌陀區、茄萣區、燕巢區、橋頭區、路竹區、永安區、湖內區、阿蓮區、梓官區、田寮區

### 高雄市疑似發展遲緩兒童通報回覆(本欄由受理單位填寫)

通報單位：_____	兒童姓名：_____	出生日期：_____
服務情形： <input type="checkbox"/> 已提供服務，服務單位：_____聯絡人：_____電話：_____		
服務概況： <input type="checkbox"/> 已受案評估中 <input type="checkbox"/> 已開案服務中 <input type="checkbox"/> 家長拒絕服務予以追蹤 <input type="checkbox"/> 其他狀況：_____		
<input type="checkbox"/> 不予受案，原因：_____		
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
受理單位：_____	填表人：_____	督導：_____電話：_____電子信箱：_____