

高雄市發展遲緩兒童早期療育通報及轉介中心 通報單

案 號	(本欄由通報轉介中心填寫)					通報日期： 年 月 日		
兒童姓名		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證字號		
兒童地址	戶籍地址：							
	聯絡地址：							
監護人姓名		與兒童關係		監護人電話	(日) (夜) (手機)			
監護人地址	戶籍地址：							
	聯絡地址：							
聯絡人姓名		與兒童關係		聯絡人電話	(日) (夜) (手機)			
聯絡人地址	戶籍地址：							
	聯絡地址：							
是否為原住民	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	外籍配偶國籍	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 父親：_____ <input type="checkbox"/> 母親：_____)					
疑似發展遲緩	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，(<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確定)		重大傷病證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	疾病名稱			
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	身心障礙類別				障礙等級		
具體說明 (請說明兒童的發展遲緩狀況，是否已至醫院評估，若案家有特殊情形或需求亦請加註，如單親、隔代教養、家庭失功能、需經濟援助…等)								
疑似發展遲緩領域								
<input type="checkbox"/> 認知能力 <input type="checkbox"/> 語言、溝通能力 <input type="checkbox"/> 社會、情緒發展 <input type="checkbox"/> 生活自理 <input type="checkbox"/> 粗動作 <input type="checkbox"/> 精細動作 <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： _____								
通報人/單位		聯絡電話		地址				
通報目的：			單位主管	填表人/單位				
<input type="checkbox"/> 家長同意通報，建議個案接受服務 <input type="checkbox"/> 提供建檔(兒童有需要，但因家長不同意或其他因素，無法接受服務)								

通報結果：(本欄由通報轉介中心填寫)

是否受案：是，受案單位：_____，派案日期： 年 月 日

否，原因：_____

註一：依據兒童及少年福利法第 22 條：「各類兒童及少年福利、教育及醫療機構，發現有疑似發展遲緩兒童或身心障礙兒童及少年，應通報直轄市、縣（市）主管機關。...」

註二：高雄市發展遲緩兒童早期療育通報轉介中心(高雄市早期療育綜合服務中心) 電話：07-3985011，傳真：07-3985015，地址：高市三民區九如一路 775 號。