

臺南市兒童早期發展服務管理中心
0至6歲疑似發展遲緩兒童通報單

112.07修訂

通報單位：_____ 地址：_____ 聯絡電話：_____ 填表人姓名：_____ 通報日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆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。」

兒童姓名：_____，性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他：_____，身分證字號：_____			
出生日期：_____年_____月_____日，重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，病名：_____，			
罕見疾病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，病名：_____			
相關證明	發緩身分： <input type="checkbox"/> 無 發緩身份： <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 疑似發展遲緩證明 <input type="checkbox"/> 發展遲緩證明 <input type="checkbox"/> 綜合評估報告書），診斷醫院： 身心障礙： <input type="checkbox"/> 無 身心障礙： <input type="checkbox"/> 有，類別：_____ 程度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 證明核發日期：_____年_____月_____日		
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 單親（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：_____） <input type="checkbox"/> 新住民（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：_____） <input type="checkbox"/> 原住民（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他：_____） <input type="checkbox"/> 隔代（ <input type="checkbox"/> （外）祖父 <input type="checkbox"/> （外）祖母 <input type="checkbox"/> 其他：_____） <input type="checkbox"/> 其他：_____	福利類別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶
（外.祖）父親姓名：_____ 職業：_____ 手機：_____		（外.祖）母親姓名：_____ 職業：_____ 手機：_____	
居住地及電話			
戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同上			
※通報個案在哪些方面出現問題：（請勾選並簡述，若有相關記錄或資料請一併附上）			
<input type="checkbox"/> 動作方面： _____ <input type="checkbox"/> 語言方面： _____ <input type="checkbox"/> 感官方面： _____ <input type="checkbox"/> 認知方面： _____ <input type="checkbox"/> 社會情緒方面： _____ <input type="checkbox"/> 非特定性發展： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____			
※目前資源運用情形：（請勾選）			
<input type="checkbox"/> 醫療機構：【醫院名稱： _____ ；治療項目：ST/OT/PT/感統/其他： _____】 <input type="checkbox"/> 早療機構： _____ <input type="checkbox"/> 幼兒園： _____ <input type="checkbox"/> 家人照顧： _____ <input type="checkbox"/> 托嬰中心及居家托育： _____ <input type="checkbox"/> 寄養家庭： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____			
※建議後續協助項目：（請勾選）			
<input type="checkbox"/> 提供建檔，不須後續追蹤服務。原因：_____			
<input type="checkbox"/> 連結醫療院所評估鑑定			
<input type="checkbox"/> 連結資源（ <input type="checkbox"/> 資訊提供 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 醫療資源 <input type="checkbox"/> 早療機構 <input type="checkbox"/> 社區療育據點 <input type="checkbox"/> 其他：_____）			
<input type="checkbox"/> 其他待協助事項：_____			

※家長對孩子發展服務接受的態度：

意願高（積極） 無意願（抗拒）意願不明（猶豫或被動）其他：_____。

※回覆通報人：需要（傳真 電話電子郵件：_____）不需要

※ 通報處 遇情形 (該欄由本 中心填 寫)	一、通報處遇結果： <input type="checkbox"/> 開案服務 <input type="checkbox"/> 不開案服務(<input type="checkbox"/> 發展正常 <input type="checkbox"/> 非本中心服務區域 <input type="checkbox"/> 其他_____) 二、處遇說明： 回覆日期： / / 個管員： 督導： 區域：第__兒童早期發展中心
---------------------------------------	---

※本通報單請傳真或郵寄至「居住地」之服務中心，謝謝！

中心	承辦單位	電話	傳真	地址	服務區域
第1中心	財團法人臺南市私立天主教伯利恆社會福利基金會	06-783-5670 06-783-5675	06-783-1796	72645臺南市學甲區華宗路517號	新營、學甲、柳營、六甲、後壁、東山、白河、西港、七股、佳里、將軍、麻豆、官田、鹽水、下營、北門
第2中心	財團法人臺南市私立天主教美善社會福利基金會附設光明早期療育中心	06-209-6748 06-209-6148	06-200-7695	701014臺南市東區光明街191號	東區、南區、北區、中西區、安南區、安平區
第3中心	財團法人天主教臺南市私立德蘭啟智中心	06-574-6623 06-574-5203	06-574-6276	71443臺南市玉井區中華路200號	永康、仁德、歸仁、關廟、龍崎、楠西、玉井、大內、山上、左鎮、新市、新化、安定、善化、南化