

## 疑似發展遲緩兒童通報表

※本通報表◎部分為非必填項目

請傳 連江 縣(市) 受理疑似發展遲緩兒童通報 電話:0836-23923 傳真:0836-23935

單位 連江縣兒童發展通報轉介中心 電子信箱: eden8138@eden.org.tw

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 托嬰中心 <input type="checkbox"/> 早期療育機構 <input type="checkbox"/> 社福機構 <input type="checkbox"/> 幼兒教育機構 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 其他				
	單位名稱	姓名	通報日期	年	月	日
	聯絡電話	(電話) (手機)	電子信箱	傳真電話		
兒童資料	姓名:	國民身分證統一編號:	出生日期:	性別:		
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	◎核發日期: ___年___月___日、障礙類別: _____			
	發展遲緩證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障礙等級: <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			
	重大傷病證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	◎病名: _____			
(疑似)發展遲緩類別	<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"/> 其他					
家長資料	父親	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> ___籍	姓名:	◎出生日期: 年 月 日		
			聯絡電話:	聯絡地址:		
	母親	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> ___籍	姓名:	◎出生日期: 年 月 日		
			聯絡電話:	聯絡地址:		
	監護人	<input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親 <input type="checkbox"/> 另列如下:				
		姓名:	與兒童關係:			
	聯絡電話:	聯絡地址:				
聯絡人	<input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親 <input type="checkbox"/> 另列如下:					
	姓名:	與兒童關係:				
	聯絡電話:	聯絡地址:				
主要照顧人	<input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親 <input type="checkbox"/> 另列如下:					
	姓名:	與兒童關係:				
	聯絡電話:	聯絡地址:				
備註	1. 家庭接受通報中心服務意願: <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意 2. 兒童現況:教育 <input type="checkbox"/> 有,名稱_____ ;復健 <input type="checkbox"/> 有, _____ 3. 家長是否具有原住民身分: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是( <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親) 4. 家庭具體需求或問題或特殊事項,請於欄位內勾選或加註說明: <input type="checkbox"/> 家長銜接資源能力薄弱 <input type="checkbox"/> 高風險家庭 <input type="checkbox"/> 家長(疑)有精神疾病或具身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 缺乏親職技巧或功能薄弱家庭 <input type="checkbox"/> 家庭支持系統薄弱,如家庭支持少.互動不佳等 <input type="checkbox"/> 家中有一名以上身心障礙、發展遲緩、重病之家人 <input type="checkbox"/> 兒童療育資源銜接未完全 <input type="checkbox"/> 經濟困難已影響家中基本生活 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明)					
	家庭狀況					

※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。」

## 疑似發展遲緩兒童通報回覆表

主管機關：\_\_\_\_\_縣（市）受理疑似發展遲緩兒童通報單位  
通報單位：\_\_\_\_\_

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

服務情形： 已提供服務  
服務概況：\_\_\_\_\_

服務單位：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

家長拒絕服務予以追蹤  
 不予受案，原因：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

填表人：

電話：

電子信箱：

※依疑似發展遲緩兒童通報流程及檔案管理辦法第三條規定，處理情形應回覆通報機構。