

## 新竹縣兒童發展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。」

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 新竹縣竹北市福興路 1011 號

電話：03-6573603

傳真：03-6573607

電子郵件：tainewhope@gmail.com

系統案號 (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"/> 陸/港/澳 <input type="checkbox"/> 其他：					
		電話：					
母姓名：		<input type="checkbox"/> 原住民 _____ <input type="checkbox"/> 外籍 _____ <input type="checkbox"/> 陸/港/澳 <input type="checkbox"/> 其他：					
		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	1. 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 ) 2. 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 ) 3. 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、聯合評估	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 未接受評估 <input type="checkbox"/> 已進入聯合評估流程 <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"/> 曾因發展議題至醫療院所就診 療育課程安排情形： <input type="checkbox"/> 已接受療育課程 <input type="checkbox"/> 待排中 <input type="checkbox"/> 未安排療育課程 <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，由家人照顧 <input type="checkbox"/> 幼兒園就讀中，名稱：_____ <input type="checkbox"/> 送托 ( <input type="checkbox"/> 保母 / <input type="checkbox"/> 托嬰中心，名稱：_____ )
四、社福資源	<input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 完全未使用資源 <input type="checkbox"/> 有其他社福單位服務：
五、接受本中心服務意願	<input type="checkbox"/> 同意社工聯繫 <input type="checkbox"/> 不同意，但可接受郵寄資料 <input type="checkbox"/> 不同意任何聯繫 <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"/> 社福單位 _____ <input type="checkbox"/> 幼兒園 _____ <input type="checkbox"/> 托嬰中心 _____ <input type="checkbox"/> 早期療育機構 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____						
姓名		電話		傳真/電郵			

----- 回覆單 ----- 年 月 日

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

社工員：

督導：