|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 幼兒姓名 |  | 出生日期 |  年 月 日  | 身分證字號 |  | 性別 | 本表單一式三聯；第一聯(白)由通報單位留存；第二聯(藍)由受轉單位留存；第三聯(黃)回覆通報單位（郵寄） |
| 家長姓名 | (父)　　　　　　　　(母) | 聯絡方式 | **聯絡人：**　　　　　　　稱謂：　　　**電　話：**（家）　　　　　　　　　　　（手機） 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 父母身分別 | 父：□ㄧ般 □原住民 □大陸 □印尼 □越南 □泰國 □柬埔寨 □其他：　　　　　 　母：□ㄧ般 □原住民 □大陸 □印尼 □越南 □泰國 □柬埔寨 □其他：　　　　　　　 　　 |
| 幼兒戶籍地址 |  |
| 聯絡地址 |  |
| **■幼兒在下列哪些方面有發展困難：**□語言溝通能力　 □認知能力　 □社會、情緒發展　 □粗動作　 □精細動作　 □視覺　 □聽力　 □生活自理　□高危險背景環境（如早產、低重兒、低社經家庭…等） □染色體異常：　　　 　 □其他：　　　　　　 |
| **■幼兒目前是否接受任何醫療評估**：綜合報告書　：□無 □不確定 □申請中 □已持有；鑑定醫院：　　　　 　　　鑑定日期：　 發展遲緩證明：□無 □不確定 □申請中 □已持有；鑑定醫院：　　　　　 　　鑑定日期：　 身心障礙手冊：□無 □不確定 □申請中 □已持有；鑑定醫院：　　　　 　　　鑑定日期：　 障礙類別／編碼：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　程度：□輕 □中 □重 □極重度重大傷病卡　：□無 □不確定 □申請中 □已持有，疾病名稱：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **■幼兒目前是否就學或接受治療：**□就學（學校或機構名稱：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□復健治療（□語言治療□物理治療□職能治療（感覺統合）□聽能創建 □其他　 　　 　　　　　　　　）□療育課程（□時段療育□在宅服務□到校巡迴輔導□其他療育／備註：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□未就學/未接受相關療育課程 |
| **■通報目的：**□家長同意通報，願意接受服務□提供通報建檔（兒童有需求，但因家長不同意或其它因素，無法提供服務；備註：　　 　　　）**■通報來源：**□聯評中心 □醫療單位 □衛生所 □公私立幼兒園 □學前特教機構 □家長、監護人 □縣市政府 □社福機構：　　　　　　 □居家托育(含托育資源中心) □親友、朋友(□早療家長) □其它　　 　　 |
| 園所名稱 |  | 通報人姓名 /職稱 |  | 聯絡電話 |  |
| **■問題簡述**（特殊情形、**需求**及**協助**事項等說明) \*請同步**檢附篩檢表影本**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

------------------------------------------**以下欄位由通報中心填寫**---------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社 工 師 |  | 受案處遇情形 | **□個管服務　 □通報諮詢** □不受案服務，說明：　　　　　　　　　　　　　　　  | 回覆日期 |  |
| 派案日期/核 章 |  |

●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。」

●本表請逕自嘉義縣兒童發展通報轉介中心下載使用，填寫完後請以郵寄、傳真或E-mail方式進行通報

●嘉義縣兒童發展通報轉介中心聯絡資訊—**通報諮詢電話：05-2718661 傳真電話：05-2718660**

 **E-mail：cychddei@gmail.com** 郵寄地址：嘉義市忠孝路654號(嘉基早療中心)

嘉義縣兒童發展通報轉介中心為嘉義縣社會局委託**戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院**辦理