

轉介單

轉介日期： 年 月 日

* 兒童姓名：	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
* 聯絡地址：				
* 聯絡人：	關係： <input type="checkbox"/> 父母； <input type="checkbox"/> 祖父母； <input type="checkbox"/> 外祖父母； <input type="checkbox"/> 其他			
* 連絡電話：				
* 就學狀態： <input type="checkbox"/> 已就學:就讀_____； <input type="checkbox"/> 未就學				
* 聽力確診醫院：_____醫院，左耳_____分貝；右耳_____分貝				
轉介原因：				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有特殊家庭概況： <input type="checkbox"/> 脆弱家庭 <input type="checkbox"/> 保護案件 <input type="checkbox"/> 藥酒癮 <input type="checkbox"/> 自殺企圖 <input type="checkbox"/> 精神疾病				
說明：				
* 家長是否有留存聽檢報告 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
* 通報單位：	單位主管：			
* 通報人：	聯絡電話：			
<p>※ 請確認家長轉介意願再進行轉介</p> <p>※ 以上*號為必填項目。以下由本中心社工員填寫。</p> <p>服務狀況：<input type="checkbox"/>開案服務；<input type="checkbox"/>本會在案服務中；<input type="checkbox"/>家長拒絕服務；<input type="checkbox"/>轉介其他資源</p> <p>回覆通報人方式：<input type="checkbox"/>電話；<input type="checkbox"/>書面；<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>受案社工員： _____ 督 導： _____ 回覆日期： 年 月 日</p> <p>※本表可以電話、傳真、e-mail、郵寄等方式進行轉介</p> <p>※通報專線：(03)931-0525 #5010 ※傳真號碼：(03)9310533</p> <p>※電子郵件：yueyunliu@chfn.org.tw</p> <p>※服務地址：260 宜蘭縣宜蘭市同慶街 95 號 4 樓 財團法人雅文兒童聽語文教基金會 宜蘭中心</p>				