

本通報表◎部分為必填項目

通報者	<input type="checkbox"/> 社會福利機構： <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"/> 教育機構(幼兒園、學前特教班) <input type="checkbox"/> 醫療機構： <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 居家托育人員 <input type="checkbox"/> 其他：(請敘明)					
	◎機構名稱		◎姓名		◎通報日期	年 月 日
	◎聯絡電話	(電話) (手機)	電子信箱		傳真	
兒童資料	◎姓名	◎國民身分證統一編號(居留證號/護照號碼)		◎出生日期		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	◎戶籍地址	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	◎居住地址	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	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：_____ 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"/> 聽力：_____ <input type="checkbox"/> 精細動作 <input type="checkbox"/> 生活自理 <input type="checkbox"/> 其他_____				
家長資料 (至少填一項)	父親	◎姓名：				
		出生日期： 年 月 日				
		◎聯絡電話：				
	母親	◎ <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍地 <input type="checkbox"/> 同兒童居住地				
		聯絡地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
		◎姓名：				
	監護人	◎姓名：				
		出生日期： 年 月 日				

	◎聯絡電話：
	◎ <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍地 <input type="checkbox"/> 同兒童居住地 聯絡地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之
主要照顧人	◎姓名：
	出生日期： 年 月 日
	◎聯絡電話：
	◎ <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍地 <input type="checkbox"/> 同兒童居住地 聯絡地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之
聯絡人	◎姓名：
	出生日期： 年 月 日
	◎聯絡電話：
	◎ <input type="checkbox"/> 同兒童戶籍地 <input type="checkbox"/> 同兒童居住地 聯絡地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之
<input type="checkbox"/> 已檢附篩檢結果附件 (<input type="checkbox"/> 評估報告書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 發展檢核表 <input type="checkbox"/> 其他)	
受理機關：_____直轄市、縣(市)政府	

※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。」

附表二

※密件

疑似發展遲緩兒童通報回復表

※依本辦法
第二條規定，
處理情形應
回復通報者。

通報者：_____ 通報日期：_____

兒童姓名：_____

處理情形： 已收到通報單

已提供服務

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：_____

受理通報主管機關：_____ 直轄市、縣(市)政府

填表單位：_____ 填表人：_____ 電話：_____ 電子信箱：_____

日期：_____