# 早期介入資格陳述

**可能導致發育延遲的**

**身體或心理狀況**

兒童姓名： 出生日期：

計劃： 居住區域：

***小組已經收到以下請求：***

記錄已診斷患有可能導致發育延遲的身體或心理狀況的兒童的醫療狀況報告（表格 581-5150D-X）：

 醫師/醫師助理/護理師 日期

***小組已確定該兒童滿足以下條件：***

 [ ]  [ ]  1. 該兒童患有如下所述可能導致發育延遲的身體或心理

 是 否 狀況：

小組同意該兒童 \_\_\_\_\_符合 \_\_\_\_\_ 不符合早期介入服務的條件。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **小組成員簽名** |  | **職銜/機構** | **同意** | **不同意** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |

醫師指出該兒童患有：

🞏 視力障礙

🞏 聽力障礙

🞏 肢體障礙

🞏 一份評估報告和資格陳述交給家長。