基隆市政府社會處發展遲緩兒童療育補助療育紀錄單 _____年____月 第__頁

| 姓名 | | | |
|--|---|--|--|
| 次數 1 | 次數 2 | 次數3 | 次數 4 |
| 年 月 日 | 年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: |
| 療育項目 (請勾選): □物理治療□恐治療□恐期能治療□恐見統合 □親職教育□親職教育□視能訓練□行為矯正 | 療育項目 (請勾選): 物理治療 □語言治療 □認知 □親職教育 □視能訓練 □視能訓練 □行為矯正 | 療育項目 (請勾選): 物理治療 □語言治療 □認知 □親職教育 □視能訓練 □視能訓練 □行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療□恐治療□心療治療□心療治療□心療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ |
| 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: |
| (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) |
| 次數 5 | 次數 6 | 次數7 | 次數 8 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: |
| 療育項目 (請勾選): □物理治療□無能治療□認知□規職教育□規能訓練□視知覺 □行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療□職能治療□心理治療□認知□親職教育□親職教育□視能訓練□行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療□心理治療□心理治療□心理治療□心理治療□心理治療□心理治療□心理治療□訓知 □親職教育□規能訓練□視知覺□行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療 □職能治療 □心療治療 □感覺統合 □ 觀能 到 □ 觀能 到 □ 視能 訓練 □ 視知覺 □ 行為矯正 |
| 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: |
| (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) |
| 次數 9 | 次數 10 | 次數 11 | 次數 12 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: |
| 療育項目 (請勾選): □粉理治療□職能治療療□認知□見統計 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 療育項目 (請勾選): □物理治療 □語言治療 □認知 □親職教育 □視職教育 □視能訓練 □行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療□心理治療□心理治療□心質治療□心質治療□心質統合□親職教育□視能訓練□視知覺□行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療□職能治療□認知□感覺統治療□視能訓練□視知覺□視知覺□視知覺□視知覺□ |
| 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: |
| (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) |
| 次數 13 | 次數 14 | 次數 15 | |
| 年 月 日 | 年月日 | 年 月 日 | |
| 療育單位: | 療育單位: | 療育單位: | 注意事項: 1. 本紀錄單請詳實填寫、 |
| 療育項目 (請勾選): □物理治療 □語言治療 □認知 □親職教育 □視能訓練 □視知覺 □行為矯正 | 療育項目 (請勾選): □物理治療□離言治療□心理治療□感知□親職教育□親職教育□視能訓練□行為矯正 | 療育項目 (請勾選): 「物理治療」 職能治療 心理治療 心理治療 感覺統合 課稅合 課稅自 視知覺 一視知覺 一行為矯正 | 勾選並核章,未依規定 填寫者不予補助。 2. 經查證有偽造或冒用情 形,將依法究辦。 3. 本紀錄單若欄位不足, 請自行重複影印使用。 |
| 治療師職名章: | 治療師職名章: | 治療師職名章: | |
| (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | (療育單位戳章) | |