

姓名 (兒童姓名)		身分證統一編號	
出生日期		聯絡電話	
年 月 日		年 月 日	
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)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正
治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (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)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正
治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (療育單位戳章)	治療師職名章： (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)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練	療育項目 (請勾選)： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練

<input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )	<input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )	<input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )	<input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )
次數13	次數14	次數15	<b>注意事項：</b> 1. 就醫治療紀錄（療育單位提供之治療紀錄單、紀錄卡等），若為影本須加蓋療育單位戳章或治療師職名章，並註明療育項目、療育日期。 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。
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
療育單位：  療育項目（請勾選）： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )	療育單位：  療育項目（請勾選）： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )	療育單位：  療育項目（請勾選）： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 感覺統合 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 聽能訓練 <input type="checkbox"/> 視能訓練 <input type="checkbox"/> 視知覺 <input type="checkbox"/> 行為矯正  治療師職名章： ( 療育單位戳章 )	