**湖南省儿童医院**

**儿童保健所语言发育迟缓（S-S法）评定报告单**

|  |
| --- |
| 姓名： 性别： 年龄：出生日期： 就诊卡号： |
| 项目 | 结果 |
| 1. 认知知觉功能检查

1、动作性课题 | 对应年龄 | 通过项目 |
|  |  |
| 2、认知觉功能 | 对应年龄 | 通过项目 |
|  |  |
| 1. 语言能力评估

1、理解能力 | 对应年龄 | 通过项目 |
|  |  |
| 2、表达能力 |  |  |
| 三**、**交流态度 |  |
| 意见与建议： 检查者： 检查日期： |

|  |
| --- |
|  |