**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： | | | | |

|  |
| --- |
|  |