|  |  |
| --- | --- |
| **ASD儿童康复阶段方案**  **1.基本信息**  姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日 诊疗卡号：  联系人：妈妈 联系电话：  制订人：成新宁 制订日期： 2023年10月23日 实施时间：2023.10.24  **2.评估摘要：**  **3.康复目标:**   |  | | --- | |  |   4.康复模式及强度：  √个别治疗：每周 次，每次30分钟，共 次  集体康复：每周 次，每次 分钟，共 次  √小组康复：每周 次，每次30 分钟，共 次  √家庭康复：每周 次，每次 分钟，共 次 |