|  |  |
| --- | --- |
| **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 |