

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫基本資料

個案編號：

建檔日期： 年 月 日

個案來源	主要*	<input type="checkbox"/> 本機構產檢個案	<input type="checkbox"/> 健康署交付個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 孕期全程未做產檢，未做產檢原因為：_____	<input type="checkbox"/> 社福體系轉介_____	
	次要	<input type="checkbox"/> 本機構產檢個案	<input type="checkbox"/> 健康署交付個案 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 孕期全程未做產檢，未做產檢原因為：_____	<input type="checkbox"/> 社福體系轉介_____	
基本資料	姓名*			出生日期*	_____年_____月_____日
	身分證字號* (統一證號或外籍人士護照號碼)	<input type="checkbox"/> 身分證字號：□□□□□□□□□□ <input type="checkbox"/> 統一證號：□□□□□□□□□□ <input type="checkbox"/> 外籍人士護照號碼：□□□□□□□□□□			
	現居地址*				
	聯絡方式*	手機：_____ 住家：(_____) - _____			
	婚姻狀態*	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	身分類別*	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民			
	家中同住者	<input type="checkbox"/> 丈夫 <input type="checkbox"/> 父/母 <input type="checkbox"/> 公/婆 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所或以上			
	身心障礙*	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 否			
	收案條件* (可複選)	健康風險因子 <input type="checkbox"/> 目前有吸菸 <input type="checkbox"/> 目前有喝酒 <input type="checkbox"/> 確診為妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 <input type="checkbox"/> 確診為妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 <input type="checkbox"/> 多胞胎 社會經濟因子 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 受家暴未定期產檢個案 <input type="checkbox"/> 母親孕期全程未做產檢個案之新生兒 <input type="checkbox"/> 其他(可視轄內需求調整)：_____ <input type="checkbox"/> 藥物濫用高風險族群 <input type="checkbox"/> 心理衛生問題 <input type="checkbox"/> 新住民			
預產期*	_____年_____月_____日	收案時懷孕週數	_____週		
生產日期	_____年_____月_____日				
曾懷孕次數			胎次		
預計服務期程	_____年_____月_____日				

	備註		
產檢紀錄			
	產檢序次	執行日期	
	第 1 次產檢		
	第 2 次產檢		
	第 3 次產檢		
	第 4 次產檢		
	第 5 次產檢		
	第 6 次產檢		
	第 7 次產檢		
	第 8 次產檢		
	第 9 次產檢		
	第 10 次產檢		
	第 11 次產檢		
	第 12 次產檢		
	第 13 次產檢		
第 14 次產檢			
兒童預防保健紀錄			
	兒童預防保健序次	執行日期	
	第 1 次兒童預防保健		
	第 2 次兒童預防保健		
第 3 次兒童預防保健			
結案	結案日期：____年____月____日		
	結案原因： <input type="checkbox"/> 服務期程已滿 <input type="checkbox"/> 個案拒絕 <input type="checkbox"/> 轉出至其他縣市 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 空戶、個案失聯 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫產前個案評估個別化服務計畫

評估方式：電訪 面訪 視訊 到宅訪視

評估日期：_____年_____月_____日

評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
1. 孕期相關健康識能	1. 了解產檢項目 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 是否定期產檢 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 了解孕期危險徵兆 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 了解孕期不適處理方式 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5. 了解生產徵兆 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 了解運動注意事項 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 了解母乳哺餵好處 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 了解產檢項目並定期產檢 <input type="checkbox"/> 了解孕期危險徵兆 <input type="checkbox"/> 了解生產徵兆 <input type="checkbox"/> 了解孕期不適處理方式 <input type="checkbox"/> 了解運動注意事項 <input type="checkbox"/> 了解母乳哺餵的好處 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供產檢相關服務資訊 <input type="checkbox"/> 定期追蹤個案產檢情形 <input type="checkbox"/> 提供危險徵兆、生產徵兆之衛教 <input type="checkbox"/> 提供孕期不適症狀及處理方式之衛教 <input type="checkbox"/> 提供孕期運動注意事項之衛教 <input type="checkbox"/> 提供母乳哺餵之衛教 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
2. 營養、體重問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 醫療診斷營養缺乏_____ (如葉酸、鐵、鈣、維生素D及維生素B12) <input type="checkbox"/> 飲食不均衡 (建議可以「我的餐盤」進行評估) <input type="checkbox"/> 體重過重 <input type="checkbox"/> 體重過輕 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 了解孕期飲食原則並均衡飲食 <input type="checkbox"/> 依營養/體重管理計畫執行 <input type="checkbox"/> 營養素攝取行為正常 <input type="checkbox"/> 孕期體重增加不超過建議範圍區間(可參考孕婦衛教手冊) <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供孕期飲食原則及均衡飲食之衛教 <input type="checkbox"/> 與個案共同擬定營養管理計畫 <input type="checkbox"/> 與個案共同擬定體重管理計畫 <input type="checkbox"/> 衛教葉酸、鐵、鈣、維生素D及維生素B12等營養素補充及食物 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
3. 吸菸、喝酒使用	吸菸 <input type="checkbox"/> 是，____天/週，____包/週 <input type="checkbox"/> 否 喝酒 <input type="checkbox"/> 是，____天/週，____瓶/週 (一瓶以600ml計算) <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 戒菸 <input type="checkbox"/> 戒酒 <input type="checkbox"/> 減少吸菸量至每____天/週，____包/週 <input type="checkbox"/> 減少飲酒量至每____天/週，____包/瓶(一瓶以600ml計算) <input type="checkbox"/> 其他：_____	吸菸 <input type="checkbox"/> 提供戒菸之衛教(吸菸對孕婦及胎兒影響、戒菸益處、戒菸方法及資源等) <input type="checkbox"/> 提供戒治團體資訊 <input type="checkbox"/> 轉介戒菸專線 <input type="checkbox"/> 轉介至戒菸門診 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 喝酒 <input type="checkbox"/> 提供戒酒之衛教(喝酒對孕婦及胎兒影響、戒酒益處、戒酒方法及資源等) <input type="checkbox"/> 提供戒治團體資訊 <input type="checkbox"/> 轉介酒癮戒治機構	

			<input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____
4. 心理衛生問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 心情溫度計____分 <input type="checkbox"/> 孕婦產前健康照護衛教指導2題心情溫度計中有勾「是」 <input type="checkbox"/> 其他:_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 減緩個案因孕期、生產產生之憂鬱 <input type="checkbox"/> 協助轉介至心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 提供心理衛生問題防治衛教與關懷 <input type="checkbox"/> 提供心理衛生機構或專科醫師相關資訊 <input type="checkbox"/> 轉介心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____
5. 藥物濫用情形	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 協助轉介至戒治機構、替代治療執行機構 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 提供藥物濫用防治衛教與關懷 <input type="checkbox"/> 提供轉介毒品危害防制中心、衛生福利部指定藥癮戒治機構、替代治療執行機構等相關資訊 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____
6. 妊娠高血壓/妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 妊娠高血壓 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 依血壓/血糖控制計畫執行並且控制良好 <input type="checkbox"/> 轉介至「高危險妊娠產婦及新生兒照護品質中度級、重度級急救責任醫院」 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 與個案共同擬定控制血壓/血糖計畫 <input type="checkbox"/> 衛教依醫囑按時服藥並提供諮詢 <input type="checkbox"/> 教導血壓/血糖自我監測及惡化的症狀與徵象 <input type="checkbox"/> 提供營養、運動相關衛教 <input type="checkbox"/> 轉介至「高危險妊娠產婦及新生兒照護品質中度級、重度級急救責任醫院」 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____
7. 社會福利資源需求	<input type="checkbox"/> 是，所需原因： <input type="checkbox"/> 經濟支持 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害個案 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 出養服務 <input type="checkbox"/> 其他:_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 協助轉介至社會局(處)(包含關懷E起來通報系統) <input type="checkbox"/> 協助轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 提供各項補助資訊:各種津貼與生育給付資訊 <input type="checkbox"/> 轉介社會局(處)(包含關懷E起來通報系統) <input type="checkbox"/> 轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他:_____

綜合評估結果及其他服務重點建議

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫產後個案評估個別化服務計畫

評估方式: 電訪 面訪 視訊 到宅訪視

評估日期: _____年____月____日

對象	評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
孕產婦	1. 心理衛生問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 心情溫度計____分 <input type="checkbox"/> 愛丁堡產後憂鬱症評估量表____分 <input type="checkbox"/> 其他:_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 減緩個案產後憂鬱情形 <input type="checkbox"/> 協助轉介至心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 提供產後憂鬱衛教與關懷 <input type="checkbox"/> 提供心理衛生機構或專科醫師相關資訊 <input type="checkbox"/> 轉介心理衛生機構或專科醫師 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____	
	2. 哺乳情況	<input type="checkbox"/> 母乳哺餵，是否了解哺餵技巧(包含擠乳方式、母乳儲存、哺餵姿勢、溢奶/吐奶處理等) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，缺乏____相關哺餵技巧 <input type="checkbox"/> 配方奶，是否了解哺餵技巧(包含哺餵姿勢、沖泡溫度、溢奶/吐奶處理、奶瓶清潔消毒等) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，缺乏____相關哺餵技巧 <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 了解哺乳注意事項並依新生兒需求進行哺餵 <input type="checkbox"/> 了解母乳支持系統相關資訊 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 依個案母乳哺育或配方奶提供衛教 <input type="checkbox"/> 提供母乳支持系統相關資訊 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____	
	3. 產後營養、體重問題	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 飲食不均衡 <input type="checkbox"/> 體重過重 <input type="checkbox"/> 體重過輕 <input type="checkbox"/> 不了解產後適合的運動及注意事項 <input type="checkbox"/> 其他:_____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 均衡飲食 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 提供均衡飲食衛教、規律運動衛教 <input type="checkbox"/> 洽詢營養師/醫師改善飲食或營養補充品 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____	
	4. 妊娠高血壓、妊娠糖尿病是否改善	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否， <input type="checkbox"/> 定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 未定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 其他:_____ <input type="checkbox"/> 無妊娠高血壓、妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 均衡飲食 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 定期追蹤個案回診情形 <input type="checkbox"/> 提供均衡飲食衛教 <input type="checkbox"/> 衛教產後適合的運動及注意事項 <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊	

				追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	5. 是否了解避孕方式	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 了解各種避孕方式 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 依個案需求，提供避孕方法之衛教 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	6. 親子互動情況	1. 新生兒哭鬧時是否可適當安撫 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ <input type="checkbox"/> 不適用 2. 是否主動與新生兒互動 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ <input type="checkbox"/> 不適用 3. 是否有執行親子共讀 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 _____ <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 可適當安撫新生兒 <input type="checkbox"/> 建立良好之親子互動 <input type="checkbox"/> 了解親子共讀重要性並執行 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供新生兒安撫技巧之衛教 <input type="checkbox"/> 提供親子共讀對幼兒發展重要性之衛教 <input type="checkbox"/> 提供親子共讀資訊(宣導影片網址： http://ppt.cc/fR3w0x)，鼓勵執行親子共讀，或提供教育部「閱讀起步走~0-3歲嬰幼兒閱讀推廣活動計畫」資訊(http://goo.gl/AjtPKW) <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	7. 社會福利資源需求	<input type="checkbox"/> 是，所需原因： <input type="checkbox"/> 經濟支持 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害個案 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 托育支持服務 <input type="checkbox"/> 出養服務 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 協助轉介至社會局(處)(包含關懷E起來通報系統) <input type="checkbox"/> 協助轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供各項補助資訊(如津貼與生育給付資訊) <input type="checkbox"/> 提供出養服務資訊 <input type="checkbox"/> 轉介社會局(處)(包含關懷E起來通報系統) <input type="checkbox"/> 轉介院內社工 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	新生兒身份證字號	<input type="checkbox"/>	新生兒出生日期	_____年_____月_____日	
新生兒	8. 安全環境評估	1. 居家環境是否安全(包含注意防撞/防跌、陽台欄杆、樓梯、電器/繩索類等危險物品) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 2. 睡眠環境是否安全(包含不趴睡、嬰兒床面、床欄杆間距等注意事項) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 3. 外出乘車環境是否安全(如使用	<input type="checkbox"/> 改善家中安全環境 <input type="checkbox"/> 改善新生兒睡眠環境 <input type="checkbox"/> 改善外出乘車環境 <input type="checkbox"/> 了解事故傷害之預防方式 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供居家安全事故傷害防制衛教 <input type="checkbox"/> 提供新生兒睡眠環境之衛教 <input type="checkbox"/> 衛教有關安全座椅之選擇及使用注意事項 <input type="checkbox"/> 協助執行兒童衛教手冊預防事故傷害評估表	

		安全座椅並了解注意事項) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用		<input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊 追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
9. 健康 狀況		1. 是否為早產兒 <input type="checkbox"/> 是(續2) <input type="checkbox"/> 否(至3) 2. 是否了解早產兒照護方式及注意 事項(包含行為照護、追蹤檢查、 可用資源等) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 3. 是否了解新生兒黃疸之徵狀、照 護方式及注意事項 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 4. 是否了解新生兒常見疾病處理 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 5. 是否參與出生至2個月內之兒童 健檢及衛教指導 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 6. 是否參與出生2個月至4個月內 之兒童健檢及衛教指導 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 7. 是否了解新生兒排便性狀及注意 事項 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用 8. 是否已接受新生兒聽力篩檢 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 了解早產兒照護方式及 注意事項(包含行為照 護、可用資源等) <input type="checkbox"/> 早產兒定期回診追蹤 <input type="checkbox"/> 了解新生兒黃疸之徵 狀、照護方式及注意事 項 <input type="checkbox"/> 了解新生兒常見疾病處 理方式 <input type="checkbox"/> 接受出生至2個月內兒 童健檢及衛教指導 <input type="checkbox"/> 接受出生2個月至4個 月內兒童健檢及衛教指 導 <input type="checkbox"/> 了解新生兒排便性狀及 注意事項(參考兒童健 康手冊大便辨識卡) <input type="checkbox"/> 接受新生兒聽力篩檢 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 提供早產兒照護方式 及注意事項衛教 <input type="checkbox"/> 定期追蹤早產兒回診 情形及結果 <input type="checkbox"/> 提供新生兒黃疸徵 狀、照護方式及注意事 項之衛教 <input type="checkbox"/> 提供新生兒常見疾病 及處理方式之衛教 <input type="checkbox"/> 衛教兒童健檢及衛教 指導內容及重要性 <input type="checkbox"/> 提供新生兒排便性狀 及注意事項之衛教(參 考兒童健康手冊大便 辨識卡) <input type="checkbox"/> 提供新生兒聽力篩檢 內容及重要性之衛 教，並協助執行嬰幼兒 聽力自我評估(兒童衛 教手冊) <input type="checkbox"/> 盡速安排到宅訪視 <input type="checkbox"/> 加強面訪、電訪、視訊 追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

綜合評估結果及其他服務重點建議

--

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫轉介單

轉介單位	轉介單位		轉介日期		
	轉介聯絡人		聯絡電話		
	聯絡方式 (Email 或傳真)				
個案基本資料	姓名		出生日期		
	身份證字號		身分類別	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民	
	連絡地址				
	聯絡方式	手機: _____ 住家:(_____) - _____			
	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他: _____	身心障礙	<input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 否	
	預產期		幼兒出生日期		
受轉介單位					
轉介原因		<input type="checkbox"/> 吸菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物濫用 <input type="checkbox"/> 體重管理問題 <input type="checkbox"/> 心理輔導暨情緒支持 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 經濟問題 <input type="checkbox"/> 家庭暴力 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害個案 <input type="checkbox"/> 出養服務 <input type="checkbox"/> 脆弱家庭育兒指導服務方案 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
問題概述					
轉介處理追蹤	處理單位				
	處理情形摘要				
	聯絡人		聯絡方式		
	回覆日期				

※請貴單位回復處理情形摘要予轉介單位

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫追蹤關懷服務紀錄(面訪、電訪、視訊)

服務日期	產前/ 產後	服務 型式	預計下次 產檢日期	服務項目	服務內容說明
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			
	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後	<input type="checkbox"/> 面訪 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 視訊			

(本表若不敷使用請自行增列)

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫到宅訪視重點項目

服務日期		執行單位	
產前/產後	<input type="checkbox"/> 產前 <input type="checkbox"/> 產後		
服務地點	<input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 其他:_____		
項目	<input type="checkbox"/> 家中環境評估(包含孕產婦、新生兒環境安全等)		
	<input type="checkbox"/> 家庭關係(包含家人、母嬰等)		
	<input type="checkbox"/> 孕產婦心理狀況		
	<input type="checkbox"/> 哺乳情形		
	<input type="checkbox"/> 親子互動		
	<input type="checkbox"/> 新生兒照護		
	<input type="checkbox"/> 其他:_____		
評估結果			
服務重點建議			