

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	☐ 本國籍 ☐ 原住民 ☐ 新住民
	連絡地址			
	聯絡方式	手機: _____ 住家: (____) - _____		
	婚姻狀態	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 其他: _____	身心障礙	☐ 是, ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 否
	預產期		幼兒出生日期	
受轉介單位				
轉介原因		☐ 吸菸 ☐ 喝酒 ☐ 藥物濫用 ☐ 體重管理問題 ☐ 心理輔導暨情緒支持 ☐ 未滿 20 歲 ☐ 經濟問題 ☐ 家庭暴力 ☐ 疑似性侵害個案 ☐ 出養服務 ☐ 脆弱家庭育兒指導服務方案 ☐ 其他: _____		
問題概述		請註明個案資料如下: 1. 產檢院所或接生院所 2. 懷孕次數(含本次) 3. 胎次 4. 收案時懷孕週數 5. 家中同住者		
填表人: _____ 主管簽核: _____ 填表日期: _____				
轉 介 處 理 追 蹤	處理單位			
	處理情形 摘要			
	聯絡人		聯絡方式	

	填表人：	主管簽核：	填表日期：
--	------	-------	-------

桃園市政府婦幼發展局傳真(03)333-3148

電子信箱 10035878@mail.tycg.gov.tw

承辦人電話：03-3322101 分機 5906 至 5908 張小姐