

臺南市政府衛生局【母乳哺育個案】轉介申請單

本人同意表單中轉介單位、本市衛生局所調閱及使用本次相關資料：
 _____(請簽名)

轉介 單位	名稱：	轉介者：	轉介日期：
	電話：	傳真：	
基本 資料	產婦姓名：	年齡：	胎次：第__胎 生產日： 年 月 日
	嬰兒體重： 公克	教育：	產式： <input type="checkbox"/> 自然產 <input type="checkbox"/> 剖腹產 出院日： 年 月 日
	地址： 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓		
	聯絡電話：		手機：
住院 期間	●肌膚接觸： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(共計__分鐘) ●親子同室： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 間斷 <input type="checkbox"/> 全程 ●哺餵型態： <input type="checkbox"/> 純母乳 <input type="checkbox"/> 混合奶 <input type="checkbox"/> 配方奶 ●哺餵方式： <input type="checkbox"/> 親 餵 <input type="checkbox"/> 杯 餵 <input type="checkbox"/> 空 針 <input type="checkbox"/> 輔助器		
轉介 需求	<input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 增強哺乳動機 <input type="checkbox"/> 乳房腫脹 <input type="checkbox"/> 乳頭疼痛 <input type="checkbox"/> 含奶技巧 <input type="checkbox"/> 餵奶姿勢 <input type="checkbox"/> 增進泌乳 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養評估 <input type="checkbox"/> 泌乳期營養 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案 概況	●目前產後狀況： ●哺餵中斷原因類別代號： 乳房問題： <input type="checkbox"/> 破皮 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 乳頭凹陷 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 嬰兒問題： <input type="checkbox"/> 體重增加太少 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 產後合併： <input type="checkbox"/> 大出血 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 傷口痛 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 乳汁不足 <input type="checkbox"/> 寶寶不吸 <input type="checkbox"/> 乳脹難受 <input type="checkbox"/> 產假結束要上班 <input type="checkbox"/> 不知寶寶有否吃飽 <input type="checkbox"/> 家屬反對 <input type="checkbox"/> 太累 <input type="checkbox"/> 麻煩 <input type="checkbox"/> 其它：_____		
個案 處理 回覆	處理結果： ●特殊轉介： <input type="checkbox"/> 臺南市政府哺乳志工 <input type="checkbox"/> 臺南市__區母乳支持團體 <input type="checkbox"/> 國際泌乳顧問：_____ <input type="checkbox"/> 醫療院所：_____ (聯絡人：_____) ●指導預防接種日期： <input type="checkbox"/> 卡介苗 <input type="checkbox"/> B肝 <input type="checkbox"/> 其他 ●指導第__次兒童健康檢查日期：__年__月__日		
	接案單位	____區衛生所	接案日期
	接案人	連絡電話	傳真

個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：

- (一)、申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局辦理母乳哺育指導之處理及建檔等相關業務使用。
- (二)、申請人得以書面請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用或刪除。

【轉介信箱：a00587@tncghb.gov.tw；傳真：06-6320029；電話:06-6357716 轉 279；我們將盡快為您服務】

臺南市政府衛生局~ 關心您