**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 | | | □基隆市衛生局　□其他： | | | |
| 轉介原因 | | | □吸菸　　　　　　　　　　　　□曾有藥物濫用  □喝酒　　　　　　　　　 □疑似街友  □體重管理問題 □脆弱家庭育兒指導服務方案  □心理輔導暨情緒支持　　　　　□出養服務  □未滿20歲 　　　　　 □疑似性侵害個案  □經濟問題　　　　　　　　　　□其他：  □家庭暴力 | | | |
| 問題概述 | | |  | | | |
| 轉  介  處  理  追  蹤 | | 處理單位 | ※請處理單位回復處理情形摘要予轉介單位 | | | |
| 處理情形 摘要 |  | | | |
| 聯絡人 |  | 聯絡方式 | |  |
| 回覆日期 |  | | | |