**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 |  |