

財團法人基督徒救世會社會福利事業基金會
育兒指導服務 機構轉介表

113.01.02 版

個案編號： (本會填寫)

申請日期： 年 月 日		最近一次與個案會談日期： 年 月 日	
照顧者姓名		出生日期	年 月 日， _____歲
與幼兒關係		福利身分	<input type="checkbox"/> 無(一般戶) <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶 _____款 <input type="checkbox"/> 身心障礙 _____度 _____類 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭 _____款 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 其他(請描述) _____
聯絡電話	住家：	手機：	
戶籍地址	市 區 路(街) 巷 弄 號 樓		
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 市 區 路(街) 巷 弄 號 樓		
嬰幼兒姓名		出生日期	年 月 日 (歲 月)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身高/ 體重	公分 公斤
喝奶情形	<input type="checkbox"/> 母乳(<input type="checkbox"/> 親餵 <input type="checkbox"/> 瓶餵) <input type="checkbox"/> 配方奶(品牌 _____)		
家系圖			
家庭概況 說明			

<p>育兒指導 需求評估</p>	<p>*預計階段服務次數:_____次 〈每次申請以服務3次為上限,每次至多2小時。可依需求再次提出申請。〉 *期待服務提供時間(週一至週五,上午時段為10-12時,下午時段為14-16時) 1.日期:_____年_____月_____日<input type="checkbox"/>上午 <input type="checkbox"/>下午 2.日期:_____年_____月_____日<input type="checkbox"/>上午 <input type="checkbox"/>下午 3.日期:_____年_____月_____日<input type="checkbox"/>上午 <input type="checkbox"/>下午 *服務項目:〈可複選,勾選後載明需求內容〉 <input type="checkbox"/>哺乳/瓶餵技巧及母乳的保存<input type="checkbox"/>副食品製作<input type="checkbox"/>嬰幼兒用具消毒技巧<input type="checkbox"/>急救技巧 <input type="checkbox"/>嬰幼兒健康照護、常見不適症狀認識(發熱、疹子、便秘...)<input type="checkbox"/>親子互動遊戲 <input type="checkbox"/>嬰幼兒照護技巧(洗澡、臍帶護理、餵食、穿衣、換尿布、如何正確量體溫等) <input type="checkbox"/>嬰幼兒居家安全與情境指導(睡眠方式、飲食習慣、居家生活環境規劃等) <input type="checkbox"/>其他(請說明):_____</p>		
<p>檢附資料 (視情形提供)</p>	<p><input type="checkbox"/>兒童健康手冊<input type="checkbox"/>診斷證明書<input type="checkbox"/>其他:_____</p>		
<p>轉介單位</p>		<p>轉介承辦人核章</p>	
<p>聯絡電話</p>		<p>轉介單位主管核章</p>	

請填妥本表,連同相關申請文件寄至 235030 新北市中和區板南路 661 號 2 樓基督徒救世會婦幼組。
 連絡電話:(02)2729-0265。