

114 年度周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫 合作同意書

113 年 11 月

本機構_____與臺中市政府衛生局合作參加 114 年度「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」，同意提供經評估符合計畫之周產期高風險個案，由衛生局暨委託單位進行後續個案追蹤關懷，並充分瞭解「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫作業申請須知」內容須配合事項，同意配合辦理。

此致

臺中市政府衛生局

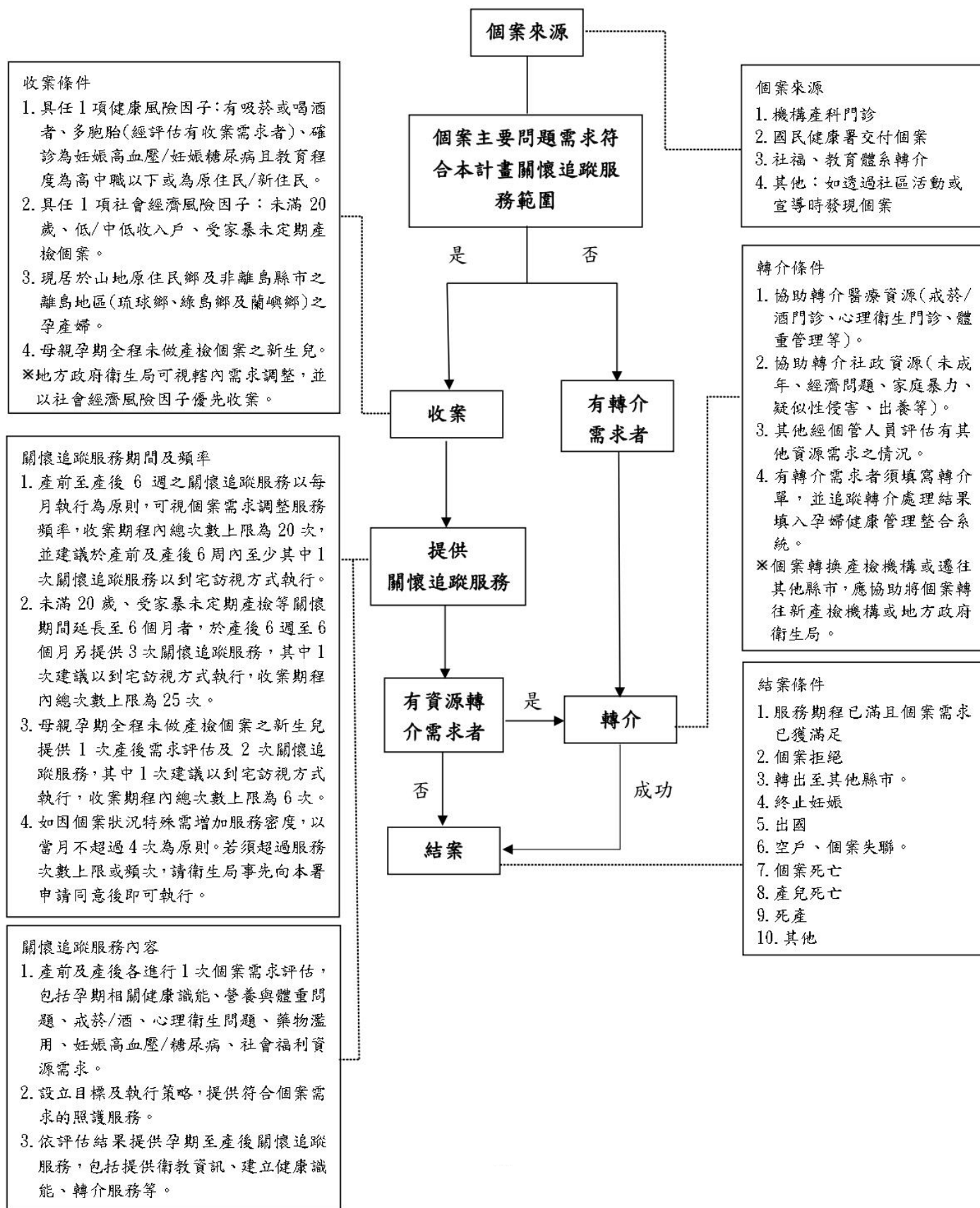
同意書簽署人：

_____（機構）

_____（首長簽章）

本合作同意書簽署日期：_____年_____月_____日

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫服務作業流程



周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫基本資料

個案編號：

建檔日期：____年____月____日

個案來源	主要*	☐ 本機構產檢個案	☐ 健康署交付個案 ☐ 未滿 20 歲 ☐ 低/中低收入戶 ☐ 現居於山地原住民地區 ☐ 孕期全程未做產檢，未做產檢原因：_____	☐ 社福體系轉介_____ ☐ 教育體系轉介_____ ☐ 其他_____
	次要	☐ 本機構產檢個案	☐ 健康署交付個案 ☐ 未滿 20 歲 ☐ 低/中低收入戶 ☐ 現居於山地原住民地區 ☐ 孕期全程未做產檢，未做產檢原因：_____	☐ 社福體系轉介_____ ☐ 教育體系轉介_____ ☐ 其他_____
基本資料	姓名*			出生日期* _____年____月____日
	身分證字號* (統一證號或外籍人士護照號碼)	☐ 身分證字號： ☐ 統一證號： ☐ 外籍人士護照號碼：		
	現居地址*			
	聯絡方式*	手機：_____住家：(____)-_____		
	婚姻狀態*	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 其他：_____		
	身分類別*	☐ 本國籍 ☐ 原住民 ☐ 新住民		
	家中同住者	☐ 丈夫 ☐ 父/母 ☐ 公/婆 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 其他：_____		
	教育程度	☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中(職) ☐ 大學 ☐ 研究所或以上		
	身心障礙*	☐ 是， ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 否		
	收案條件* (可複選)	健康風險因子 ☐ 目前有吸菸 ☐ 目前有喝酒 ☐ 確診為妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 ☐ 確診為妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 ☐ 多胞胎(經評估有收案需求者) 社會經濟風險因子 ☐ 未滿 20 歲 ☐ 低/中低收入戶 ☐ 受家暴未定期產檢個案 ☐ 現居於山地原住民地區 ☐ 母親孕期全程未做產檢個案之新生兒 ☐ 其他(可視轄內需求調整)：_____ ☐ 藥物濫用高風險族群 ☐ 心理衛生問題 ☐ 新住民		

	☐ 身心障礙者		
	預產期*	____年____月____日	收案時懷孕週數
	生產日期	____年____月____日	
	曾懷孕次數		胎次
	預計服務 期程	____年____月____日	
	備註		

產 檢 紀 錄	產檢序次	執行日期
	第 1 次產檢	
	第 2 次產檢	
	第 3 次產檢	
	第 4 次產檢	
	第 5 次產檢	
	第 6 次產檢	
	第 7 次產檢	
	第 8 次產檢	
	第 9 次產檢	
	第 10 次產檢	
	第 11 次產檢	
	第 12 次產檢	
	第 13 次產檢	
	第 14 次產檢	

兒 童 預 防 保 健 紀 錄	兒童預防保健序次	執行日期
	第 1 次兒童預防保健	
	第 2 次兒童預防保健	
	第 3 次兒童預防保健	

結 案	結案日期： ____年____月____日
	結案原因： ☐ 服務期程已滿 ☐ 個案拒絕 ☐ 轉出至其他縣市：_____(縣市) ☐ 終止妊娠 ☐ 出國 ☐ 個案失聯 ☐ 個案死亡 ☐ 產兒死亡，死亡日期：_____, 死亡原因：_____ ☐ 死產 ☐ 其他：_____