

新北市政府衛生局母乳諮詢轉介單

轉介單位：_____ 轉介日期： 年 月 日
聯絡人：_____ 聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____
基本資料 媽媽姓名：_____ 聯絡電話：_____ 戶籍地：新北市_____區 年齡：_____歲 職業婦女： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 生產醫院名稱：_____ 胎次：__胎 生產方式：生產方式： <input type="checkbox"/> 自然產 <input type="checkbox"/> 真空吸引 <input type="checkbox"/> 剖腹產 寶寶出生日：__年 月 日 出生體重：_____公克 寶寶目前年齡：_____天 體重：_____公克
需追蹤事項 <input type="checkbox"/> 母乳哺育重要性的加強 <input type="checkbox"/> 哺餵母乳的技巧 <input type="checkbox"/> 哺餵母乳的心理支持 <input type="checkbox"/> 母乳哺餵母親的營養需求 <input type="checkbox"/> 其他：_____
哺乳情形 <input type="checkbox"/> 純母乳 <input type="checkbox"/> 混合哺乳 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 想吃就餵 <input type="checkbox"/> 固定時間
轉介原因： _____ _____
母乳個案轉介回覆單
回覆日期 _____ 受轉介單位名稱 _____ 傳真： _____ 回覆承辦人姓名： _____ 聯絡電話： _____
處理方式： <input type="checkbox"/> 電話訪視 <input type="checkbox"/> 家訪 <input type="checkbox"/> 提供宣導資料 <input type="checkbox"/> 邀請參加支持團體 <input type="checkbox"/> 其他 處理結果： _____

轉介單位請將本轉介單傳真至產婦戶籍地所在衛生所。