

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

112.04.27 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	， _____ 歲	與幼兒關係	
聯絡電話	住家：	手機：	
居住地址	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_____)	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)_____
家系圖			
家庭概況說明			
育兒指導需求評估	<p>* 預計階段服務次數：_____ 次</p> <p>〈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。〉</p> <p>* 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)</p> <p>1. 日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/>上午 <input type="checkbox"/>下午</p> <p>2. 日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/>上午 <input type="checkbox"/>下午</p> <p>3. 日期：_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/>上午 <input type="checkbox"/>下午</p> <p>* 服務項目：〈可複選，勾選後載明需求內容〉</p>		

	<input type="checkbox"/> 哺乳/瓶餵技巧及母奶的保存 <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)：_____		
<b>檢附資料</b> <b>(視情形提供)</b>	<input type="checkbox"/> 兒童健康手冊 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
<b>轉介單位</b>		<b>轉介承辦人核章</b>	
<b>聯絡電話</b>		<b>轉介單位主管核章</b>	

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。  
聯絡電話：(02)2729-0265。