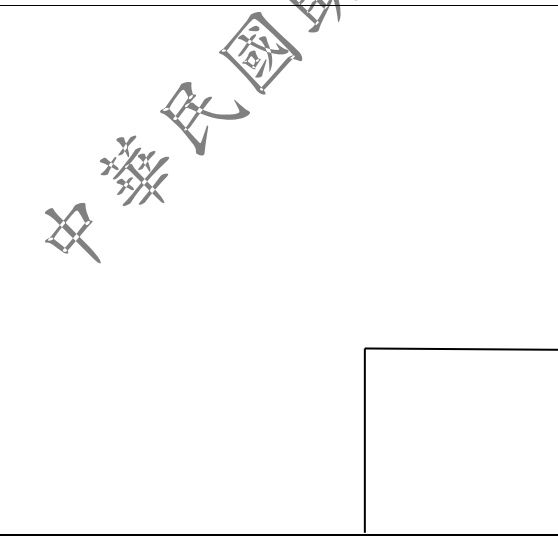
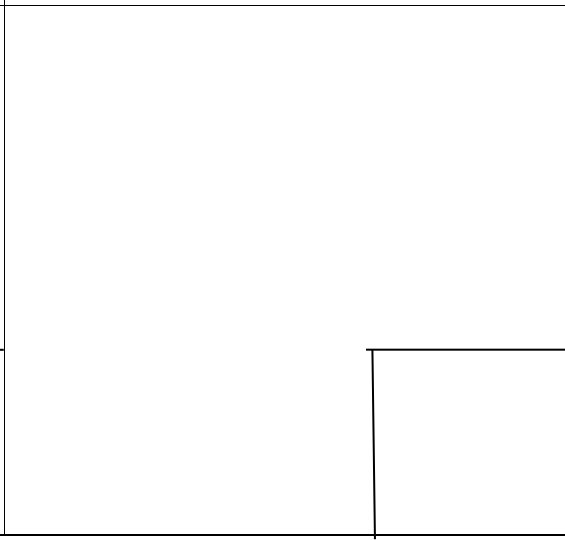


新生兒出生紀錄單

新生兒姓名： _____ 之 子 女 母親病歷號碼： _____

	姓名	國籍	血型	RH	HBsAg	HBeAg	GBS	VDRL	HIV
母親									
父親					B 型肝炎登錄表 <input type="checkbox"/> 已給				
生產情形:									
生產方式: <input type="checkbox"/> 自然產 姿勢 _____ <input type="checkbox"/> 水中 _____									
胎位: <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 顏面位 <input type="checkbox"/> 臀位 <input type="checkbox"/> _____									
破水時間: 年 月 日 時 分 胎便染色 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 惡臭, 總破水時間: 小時 分									
嬰兒娩出時間: 年 月 日 時 分 嬰兒性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 總產程: 時 分									
嬰兒出生狀況:									
出生情況: <input type="checkbox"/> 正常呼吸 <input type="checkbox"/> 皮膚刺激 <input type="checkbox"/> 吸球抽吸 <input type="checkbox"/> 急救方式 _____									
異常及其他: 臍纏繞 <input type="checkbox"/> 頸 _____ <input type="checkbox"/> 胎便染色 _____ <input type="checkbox"/> 畸形 _____									
生命徵象: 體溫 _____ °C 頭圍 _____ 公分 胸圍 _____ 公分 腹圍 _____ 公分 身高 _____ 公分 體重 _____ 公克									
胎便: <input type="checkbox"/> 已解 <input type="checkbox"/> 未解, 小便: <input type="checkbox"/> 已解 <input type="checkbox"/> 未解, 眼藥膏 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 拒絕, K1 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 拒絕									
APGAR SCORE	0	1	2	一分鐘計分	五分鐘計分				
膚顏	全身發紺	四肢發紺	全身紅潤						
心跳	每分鐘 < 60	60~ 100 之間	每分鐘大於 100						
呼吸	沒有呼吸	呼吸微弱	宏亮哭聲						
肌肉張力	沒有活動	微弱的曲屈	活力良好						
對刺激的反應	對刺激無反應	對刺激反應輕微	對刺激反應良好						
總 分									
新生兒左腳印母親左拇指印					新生兒右腳印母親右拇指印				
									
接生助產師: _____									
新生兒身分核對, 母親簽名: _____ 年 月 日 時									

中華民國助產師助產士公會全國聯合會