

新生兒護理評估單

新生兒姓名:

之 子 女

母親病歷號碼:

一般身體評估:	
1.膚色: <input type="checkbox"/> 粉紅 <input type="checkbox"/> 肢端微紫 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 全身通紅 <input type="checkbox"/> 發紺 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 大理石樣皮膚	
2.哭聲: <input type="checkbox"/> 宏亮 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
3.活動力: <input type="checkbox"/> 靈活 <input type="checkbox"/> 軟弱 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
4.反射: <input type="checkbox"/> 驚嚇反射 <input type="checkbox"/> 擁抱反射 <input type="checkbox"/> 抓握反射 <input type="checkbox"/> 吸吮反射(+; -表示)	
5.頭部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 產瘤 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> _____公分 <input type="checkbox"/> 破皮 _____公分	
6.前凶門: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 膨出 <input type="checkbox"/> 凹陷 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
7.眼睛: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 眼瞼水腫 <input type="checkbox"/> 左/右眼分泌物 <input type="checkbox"/> 眼距過大 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
8.耳朵: <input type="checkbox"/> 耳殼正常 <input type="checkbox"/> 左/右耳殼異常 <input type="checkbox"/> 左/右耳息肉 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
9.鼻子: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 鼻翼煽動 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
10.口腔: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左/右側唇裂 <input type="checkbox"/> _____顎裂 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
11.臉頰: <input type="checkbox"/> 對稱 <input type="checkbox"/> 不對稱 <input type="checkbox"/> 左/右側降嘴角肌生成不全 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
12.肩頸部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 疑斜頸 <input type="checkbox"/> 疑左右鎖骨骨折 <input type="checkbox"/> 頸部僵硬 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
13.胸部: 外觀: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 息肉 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
呼吸: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 急促 <input type="checkbox"/> 胸凹 <input type="checkbox"/> 肋凹 <input type="checkbox"/> 呻吟聲 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
心臟: <input type="checkbox"/> 心跳規則 <input type="checkbox"/> 心跳不規則 <input type="checkbox"/> 心跳過快 <input type="checkbox"/> 心跳過慢	
14.腹部: <input type="checkbox"/> 柔軟 <input type="checkbox"/> 硬塊 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
15.臍部: <input type="checkbox"/> 未脫落 <input type="checkbox"/> 已脫落 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 息肉 <input type="checkbox"/> 疝氣 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
16.臀背部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅臀 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
17.泌尿生殖器: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 尿道(上/下)裂 <input type="checkbox"/> 包莖 <input type="checkbox"/> 左/右側睪丸未降 <input type="checkbox"/> 左/右側陰囊水腫 <input type="checkbox"/> 假性月經 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
18.肛門: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 無肛 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
19.手: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左/右手斷掌 <input type="checkbox"/> 左/右手乏力 <input type="checkbox"/> 多指 _____ <input type="checkbox"/> 併指 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	
20.腳: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 左/右腳內翻 <input type="checkbox"/> 左/右腳外翻 <input type="checkbox"/> 多指 _____ <input type="checkbox"/> 併指 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	
21.其他外觀: <input type="checkbox"/> 皮膚乾燥 <input type="checkbox"/> 脫皮 <input type="checkbox"/> 新生兒毒性紅斑 <input type="checkbox"/> 額頭汗疹 <input type="checkbox"/> 脂漏性皮炎 <input type="checkbox"/> _____蒙古斑 <input type="checkbox"/> _____胎痣 <input type="checkbox"/> _____血管瘤	
母親確認簽名: _____	年 月 日 時 助產師簽名: _____ 年 月 日 時
新生兒衛教指導:	
1.教導新生兒體溫、呼吸、膚色觀察	
2.指導臍帶護理、更換尿布的注意事項及紅臀的預防與觀察	
3.說明新生兒 24 小時自解胎大小便的重要性，自解 <input type="checkbox"/> 小便 _____ <input type="checkbox"/> 大便 _____	
4.說明新生兒篩檢及預防注射的重要與時機	
5.辦理出生證明並領取兒童健康手冊	
母親確認簽名: _____	年 月 日 時 助產師簽名: _____ 年 月 日 時