

居家訪視嬰兒評估紀錄單(1)

母親姓名： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期： 年 月 日	病歷號：
產次：G_____P_____		生產方式： <input type="checkbox"/> NSD <input type="checkbox"/> C/S	
訪視時機	出生 3 天內	第一週	第二週
日期	月 日	月 日	月 日
時間	起_____迄_____	起_____迄_____	起_____迄_____
生命徵象	體溫_____脈搏_____呼吸_____	體溫_____脈搏_____呼吸_____	體溫_____脈搏_____呼吸_____
體重	gm	gm	gm
健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ (如生病)		健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ (如生病)	
頭部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 產瘤 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> 破皮 前囟門： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 膨出 <input type="checkbox"/> 凹陷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 眼部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 鼻部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 耳部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管或息肉 <input type="checkbox"/> 其他_____ 面頰： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 哭不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 胸部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 呼吸不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 腹部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 其他_____ 生殖器： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ 四肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ 反射檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____		頭部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 產瘤 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> 破皮 前囟門： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 膨出 <input type="checkbox"/> 凹陷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 眼部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 鼻部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 耳部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管或息肉 <input type="checkbox"/> 其他_____ 面頰： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 哭不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 胸部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 呼吸不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 腹部： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 其他_____ 生殖器： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ 四肢： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____ 反射檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 其他_____	
臍帶狀況： <input type="checkbox"/> 脫落： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 未脫落： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 皮膚狀況： <input type="checkbox"/> 正常(粉紅)； <input type="checkbox"/> 黃疸；軀幹是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脫皮 <input type="checkbox"/> 紅臀 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 蒙古斑 <input type="checkbox"/> 其他或部位_____		臍帶狀況： <input type="checkbox"/> 脫落： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 未脫落： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 皮膚狀況： <input type="checkbox"/> 正常(粉紅)； <input type="checkbox"/> 黃疸；軀幹是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脫皮 <input type="checkbox"/> 紅臀 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 蒙古斑 <input type="checkbox"/> 其他或部位_____	
活動狀況： <input type="checkbox"/> 自由活動、哭聲宏亮 <input type="checkbox"/> 肌肉張力正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡、少活動 <input type="checkbox"/> 肌肉張力強、哭聲尖銳		活動狀況： <input type="checkbox"/> 自由活動、哭聲宏亮 <input type="checkbox"/> 肌肉張力正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡、少活動 <input type="checkbox"/> 肌肉張力強、哭聲尖銳	
飲食狀況： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 混合餵，量_____ml <input type="checkbox"/> 吸吮力佳、吞嚥正常 <input type="checkbox"/> 無法含住 <input type="checkbox"/> 拒絕母乳 <input type="checkbox"/> 吸吮姿勢不正確 <input type="checkbox"/> 吸奶時間太久 <input type="checkbox"/> 次數過於頻繁 <input type="checkbox"/> 溢奶 <input type="checkbox"/> 吐奶 1-2 次 <input type="checkbox"/> 噴射狀吐奶		飲食狀況： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 混合餵，量_____ml <input type="checkbox"/> 吸吮力佳、吞嚥正常 <input type="checkbox"/> 無法含住 <input type="checkbox"/> 拒絕母乳 <input type="checkbox"/> 吸吮姿勢不正確 <input type="checkbox"/> 吸奶時間太久 <input type="checkbox"/> 次數過於頻繁 <input type="checkbox"/> 溢奶 <input type="checkbox"/> 吐奶 1-2 次 <input type="checkbox"/> 噴射狀吐奶	
小便狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量： <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 無解尿 ★色： <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 深黃 <input type="checkbox"/> 深褐		小便狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量： <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 無解尿 ★色： <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 深黃 <input type="checkbox"/> 深褐	
便狀況：★次數_____次 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量： <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 ★色： <input type="checkbox"/> 黃綠 <input type="checkbox"/> 淡黃 <input type="checkbox"/> 白 ★性質： <input type="checkbox"/> 胎便 <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 水狀		便狀況：★次數_____次 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量： <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 ★色： <input type="checkbox"/> 黃綠 <input type="checkbox"/> 淡黃 <input type="checkbox"/> 白 ★性質： <input type="checkbox"/> 胎便 <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 水狀	
護理措施		護理措施	
<input type="checkbox"/> 身體評估檢查 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩 <input type="checkbox"/> 評估吸吮能力/姿勢 <input type="checkbox"/> 協助建立親子互動 <input type="checkbox"/> 評估預防接種執行狀況		<input type="checkbox"/> 身體評估檢查 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩 <input type="checkbox"/> 評估吸吮能力/姿勢 <input type="checkbox"/> 協助建立親子互動 <input type="checkbox"/> 評估預防接種執行狀況	
護理指導(對母親或家屬)		護理指導(對母親或家屬)	
<input type="checkbox"/> 嬰兒生命徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長發展:認知、語言、社會與人格 <input type="checkbox"/> 嬰兒飽足徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養:母乳與副食品 <input type="checkbox"/> 嬰兒吸吮姿勢、方式 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴注意事項 <input type="checkbox"/> 嬰兒穿衣注意事項 <input type="checkbox"/> 腹瀉處理 <input type="checkbox"/> 腹脹處理 <input type="checkbox"/> 預防接種注意事項 <input type="checkbox"/> 紅臀預防與處理 <input type="checkbox"/> 黃疸觀察與評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒安撫技巧 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩技巧與注意事項		<input type="checkbox"/> 嬰兒生命徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長發展:認知、語言、社會與人格 <input type="checkbox"/> 嬰兒飽足徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養:母乳與副食品 <input type="checkbox"/> 嬰兒吸吮姿勢、方式 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴注意事項 <input type="checkbox"/> 嬰兒穿衣注意事項 <input type="checkbox"/> 腹瀉處理 <input type="checkbox"/> 腹脹處理 <input type="checkbox"/> 預防接種注意事項 <input type="checkbox"/> 紅臀預防與處理 <input type="checkbox"/> 黃疸觀察與評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒安撫技巧 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩技巧與注意事項	
備註		備註	
<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> 新生兒篩檢 <input type="checkbox"/> 聽力篩檢		<input type="checkbox"/> K1 <input type="checkbox"/> 新生兒篩檢 <input type="checkbox"/> 聽力篩檢	
執行者		執行者	
簽名		簽名	

居家訪視嬰兒評估紀錄單(2)

訪視時機	第三週	第四週	第五週
日期	月 日	月 日	月 日
時間	起_____迄_____	起_____迄_____	起_____迄_____
生命徵象	體溫_____脈搏_____呼吸_____	體溫_____脈搏_____呼吸_____	體溫_____脈搏_____呼吸_____
體重	gm	gm	gm
健康狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ (如生病)	健康狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ (如生病)	健康狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ (如生病)	
頭部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 產瘤 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> 破皮 前囟門: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 膨出 <input type="checkbox"/> 凹陷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 眼部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 鼻部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 耳部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管或息肉 <input type="checkbox"/> 其他_____ 面頰: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 哭不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 胸部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 呼吸不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 腹部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 其他_____ 生殖器: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 四肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 反射檢查: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 臍帶狀況: <input type="checkbox"/> 脫落: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 未脫落: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 皮膚狀況: <input type="checkbox"/> 正常(粉紅); <input type="checkbox"/> 黃疸; 軀幹 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脫皮 <input type="checkbox"/> 紅臀 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 蒙古斑 <input type="checkbox"/> 其他或部位_____ 活動狀況: <input type="checkbox"/> 自由活動、哭聲宏亮 <input type="checkbox"/> 肌肉張力正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡、少活動 <input type="checkbox"/> 肌肉張力強、哭聲尖銳 飲食狀況: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 混合餵, 量_____ml <input type="checkbox"/> 吸吮力佳、吞嚥正常 <input type="checkbox"/> 無法含住 <input type="checkbox"/> 拒絕母乳 <input type="checkbox"/> 吸吮姿勢不正確 <input type="checkbox"/> 吸奶時間太久 <input type="checkbox"/> 次數過於頻繁 <input type="checkbox"/> 溢奶 <input type="checkbox"/> 吐奶 1-2 次 <input type="checkbox"/> 噴射狀吐奶 小便狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 無解尿 ★色: <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 深黃 <input type="checkbox"/> 深褐 便狀況: ★次數_____次 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 ★色: <input type="checkbox"/> 黃綠 <input type="checkbox"/> 淡黃 <input type="checkbox"/> 白 ★性質: <input type="checkbox"/> 胎便 <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 水狀	頭部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 產瘤 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> 破皮 前囟門: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 膨出 <input type="checkbox"/> 凹陷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 眼部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 鼻部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 耳部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管或息肉 <input type="checkbox"/> 其他_____ 面頰: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 哭不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 胸部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 呼吸不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 腹部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 其他_____ 生殖器: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 四肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 反射檢查: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 臍帶狀況: <input type="checkbox"/> 脫落: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 未脫落: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 皮膚狀況: <input type="checkbox"/> 正常(粉紅); <input type="checkbox"/> 黃疸; 軀幹 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脫皮 <input type="checkbox"/> 紅臀 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 蒙古斑 <input type="checkbox"/> 其他或部位_____ 活動狀況: <input type="checkbox"/> 自由活動、哭聲宏亮 <input type="checkbox"/> 肌肉張力正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡、少活動 <input type="checkbox"/> 肌肉張力強、哭聲尖銳 飲食狀況: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 混合餵, 量_____ml <input type="checkbox"/> 吸吮力佳、吞嚥正常 <input type="checkbox"/> 無法含住 <input type="checkbox"/> 拒絕母乳 <input type="checkbox"/> 吸吮姿勢不正確 <input type="checkbox"/> 吸奶時間太久 <input type="checkbox"/> 次數過於頻繁 <input type="checkbox"/> 溢奶 <input type="checkbox"/> 吐奶 1-2 次 <input type="checkbox"/> 噴射狀吐奶 小便狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 無解尿 ★色: <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 深黃 <input type="checkbox"/> 深褐 便狀況: ★次數_____次 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 ★色: <input type="checkbox"/> 黃綠 <input type="checkbox"/> 淡黃 <input type="checkbox"/> 白 ★性質: <input type="checkbox"/> 胎便 <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 水狀	頭部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 產瘤 <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> 破皮 前囟門: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 膨出 <input type="checkbox"/> 凹陷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 眼部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 鼻部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 發紅、腫 <input type="checkbox"/> 其他_____ 耳部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 有分泌物 <input type="checkbox"/> 耳前瘻管或息肉 <input type="checkbox"/> 其他_____ 面頰: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 哭不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 胸部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 呼吸不對稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ 腹部: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 其他_____ 生殖器: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 四肢: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 反射檢查: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 臍帶狀況: <input type="checkbox"/> 脫落: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 未脫落: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 紅 <input type="checkbox"/> 腫 <input type="checkbox"/> 分泌物 皮膚狀況: <input type="checkbox"/> 正常(粉紅); <input type="checkbox"/> 黃疸; 軀幹 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 脫皮 <input type="checkbox"/> 紅臀 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 蒙古斑 <input type="checkbox"/> 其他或部位_____ 活動狀況: <input type="checkbox"/> 自由活動、哭聲宏亮 <input type="checkbox"/> 肌肉張力正常 <input type="checkbox"/> 嗜睡、少活動 <input type="checkbox"/> 肌肉張力強、哭聲尖銳 飲食狀況: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 配方奶 <input type="checkbox"/> 混合餵, 量_____ml <input type="checkbox"/> 吸吮力佳、吞嚥正常 <input type="checkbox"/> 無法含住 <input type="checkbox"/> 拒絕母乳 <input type="checkbox"/> 吸吮姿勢不正確 <input type="checkbox"/> 吸奶時間太久 <input type="checkbox"/> 次數過於頻繁 <input type="checkbox"/> 溢奶 <input type="checkbox"/> 吐奶 1-2 次 <input type="checkbox"/> 噴射狀吐奶 小便狀況: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 無解尿 ★色: <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 深黃 <input type="checkbox"/> 深褐 便狀況: ★次數_____次 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ★量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 ★色: <input type="checkbox"/> 黃綠 <input type="checkbox"/> 淡黃 <input type="checkbox"/> 白 ★性質: <input type="checkbox"/> 胎便 <input type="checkbox"/> 糊狀 <input type="checkbox"/> 水狀	
護理措施	護理措施	護理措施	
<input type="checkbox"/> 身體評估檢查 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩 <input type="checkbox"/> 評估吸吮能力/姿勢 <input type="checkbox"/> 協助建立親子互動 <input type="checkbox"/> 評估預防接種執行狀況	<input type="checkbox"/> 身體評估檢查 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩 <input type="checkbox"/> 評估吸吮能力/姿勢 <input type="checkbox"/> 協助建立親子互動 <input type="checkbox"/> 評估預防接種執行狀況	<input type="checkbox"/> 身體評估檢查 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩 <input type="checkbox"/> 評估吸吮能力/姿勢 <input type="checkbox"/> 協助建立親子互動 <input type="checkbox"/> 評估預防接種執行狀況	
護理指導(對母親或家屬)	護理指導(對母親或家屬)	護理指導(對母親或家屬)	
<input type="checkbox"/> 嬰兒生命徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長發展: 認知、語言、社會與人格 <input type="checkbox"/> 嬰兒飽足徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養: 母乳與副食品 <input type="checkbox"/> 嬰兒吸吮姿勢、方式 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴注意事項 <input type="checkbox"/> 嬰兒穿衣注意事項 <input type="checkbox"/> 腹瀉處理 <input type="checkbox"/> 腹脹處理 <input type="checkbox"/> 預防接種注意事項 <input type="checkbox"/> 紅臀預防與處理 <input type="checkbox"/> 黃疸觀察與評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒安撫技巧 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩技巧與注意事項	<input type="checkbox"/> 嬰兒生命徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長發展: 認知、語言、社會與人格 <input type="checkbox"/> 嬰兒飽足徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養: 母乳與副食品 <input type="checkbox"/> 嬰兒吸吮姿勢、方式 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴注意事項 <input type="checkbox"/> 嬰兒穿衣注意事項 <input type="checkbox"/> 腹瀉處理 <input type="checkbox"/> 腹脹處理 <input type="checkbox"/> 預防接種注意事項 <input type="checkbox"/> 紅臀預防與處理 <input type="checkbox"/> 黃疸觀察與評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒安撫技巧 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩技巧與注意事項	<input type="checkbox"/> 嬰兒生命徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒生長發展: 認知、語言、社會與人格 <input type="checkbox"/> 嬰兒飽足徵象評估 <input type="checkbox"/> 嬰兒營養: 母乳與副食品 <input type="checkbox"/> 嬰兒吸吮姿勢、方式 <input type="checkbox"/> 臍帶護理 <input type="checkbox"/> 新生兒沐浴注意事項 <input type="checkbox"/> 嬰兒穿衣注意事項 <input type="checkbox"/> 腹瀉處理 <input type="checkbox"/> 腹脹處理 <input type="checkbox"/> 預防接種注意事項 <input type="checkbox"/> 紅臀預防與處理 <input type="checkbox"/> 黃疸觀察與評估方法 <input type="checkbox"/> 嬰兒安撫技巧 <input type="checkbox"/> 嬰兒按摩技巧與注意事項	
備註	備註	備註	
執行者簽名			