臺南市政府社會局到宅坐月子媒合平台  
轉介單

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案基本資料 | 產婦姓名 | |  | | | 懷孕週數 | |  | | 胎數 | |  |
| 出生日期 | |  | | | 身份證字號 | | | |  | | |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | | | |
| 服務地址 | | □同戶籍地址 □其他： | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | |  | | | | 行動電話 | | | |  | |
| 緊急聯絡人 | |  | | | | 關係 | | | |  | |
| 緊急聯絡人電話 | |  | | | | | | | | | |
| 新生兒資料 | 新生兒出生日期 | | |  | | | | | | | | |
| 新生兒身體健康狀況(產婦未生產無須填寫) | | |  | | | | | | | | |
| 轉介資料 | 轉入單位 | | |  | | | | | | | | |
| 聯絡電話/分機 | | |  | | | 傳真 | | | |  | |
| 轉介原因/個案概況 | | |  | | | | | | | | |
| 轉介資料 | | | * 1.列冊本市低收、中低收入戶者 * 2.產婦或其配偶領有身心障礙證明者 * 3.符合特殊境遇家庭扶助者 * 4.其他經社工訪視評估實際有需求者 | | | | | | | | |
| 轉出單位 | 名稱 |  | | | 轉介社工 | | | |  | | | |
| 單位主管 |  | | | 連絡電話 | | | |  | | | |

**臺南市政府社會局到宅坐月子媒合平台  
轉介回覆單**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※臺南市到宅坐月子媒合平台 地址：臺南市歸仁區中正南路二段82-1號 TEL：0976-014899、06-2147138 E-mail：mamacare112@gmail.com  承辦單位：社團法人中華民國希望樹全人關懷協會  主辦單位：臺南市政府社會局 | | |
| 回覆情況 | 1.本單位已於 　　年 　　月 　　日收到轉介資料。  2.處理情形：  □接受轉介，提供媒合並安排到宅坐月子服務  □無法提供服務，原因： | |
| 承辦人： | | 主任： |

---------------------------------------------個案轉介回覆聯---------------------------------------------