



表 4

財團法人天主教善牧基金會附設台南嬰兒之家 安置童身體健康檢查表

2010.5.5 初修訂
2015.1.6 再修訂
2021.2.8 三修訂

一、生母基本資訊：

姓名： _____ 出生年月日： _____ 身分證字號： _____

二、安置童基本資料：

姓名： _____ 性別： 男 / 女 檢查日期： _____
出生年月日： _____ 血 型： _____

疾病史：曾是否住院？是，疾病名稱： _____ ； 否
曾是否開刀？是，手術名稱： _____ ； 否

父母家族史：無 有氣喘 腎臟病 癲癇 白血病
癌症 精神病 唇、顎裂 糖尿病
高血壓 心臟病 遺傳性疾病(請說明)
其他重大疾病(請說明_____)

備註： _____ (說明三等親內何者患此病)

出生狀況：生產方式：自然產 剖腹產 出生地點： _____
懷孕週數： _____ G _____ P _____ AA _____ SA _____
出生體重： _____ 身長： _____ 頭圍： _____ 胸圍： _____
出生之阿帕加分數： _____
有否早期破水： _____ 其他特殊狀況： _____

目前喝奶狀況：品牌 _____ ，喝奶量 _____ ，多久餵一次 _____ ，吸吮能力 _____

新生兒篩檢：已篩檢，日期： _____ ，結果： _____
未篩檢(出生未滿 48 小時)，預計篩檢日期： _____

串聯質譜先驅計畫或罕見先天性代謝疾病篩檢（*若安置兒月齡已超過一個月者非必要做）：

已篩檢，日期： _____ ；結果： _____
 未篩檢(出生未滿 48 小時)，預計篩檢日期： _____

◎過敏：對某些物品過敏否？ 不會 會
對何種物品會過敏 藥物：_____

食物：_____

其他：_____

二、理學檢查：

目前身高：_____Cm 體重：_____Kg 頭圍：_____Cm

頭：正常 異常：血腫 水腫 產瘤 其他_____

◎囟門：前---已關閉 未關，異常_____； 後---已關閉 未關，異常_____

眼：正常 異常_____

◎ROP：正常 異常_____

耳：正常 異常_____

◎聽力：L-正常 異常_____ R-- 正常 異常_____

鼻：正常 異常_____

口：正常 異常：兔唇 顎裂 其他_____

咽喉：正常 異常_____

頸：正常 異常：斜頸 硬塊 鎖骨骨折 其他_____

臉：正常 異常：不對稱 其他_____

心臟：正常 異常_____

肺部：正常 異常_____

胸部：正常 異常：畸形 呼吸肋凹 雙乳不對稱 雙乳有硬塊 其他_____

腹部：正常 異常_____

◎肝、脾：正常 異常_____

◎臍疝氣：無 有

◎臍帶：已脫落 乾 發炎 化膿

生殖器：正常 異常：隱睪症 陰囊水腫 腹股溝疝氣____邊 其他_____

手部：正常 異常：畸形 肌肉不對稱 缺指 多指 其他_____

◎活動度：正常 異常_____

◎對稱性：對稱 不對稱

◎掌紋：正常 斷掌

腳部：正常 異常：畸形 肌肉不對稱 缺趾 多趾 其他_____

◎髕關節：正常 脫臼____邊

◎長短腳：無 有：____短 ____長

脊椎：正常 異常：側彎 脊膨出 脊柱裂 尾骶骨有洞 其他_____

肛門：正常 異常：有瘻肉 裂傷 瘻管 潰瘍 紅臀 其他_____

皮膚：正常 異常_____

驚嚇反射：(此項只針對一歲以下嬰兒)

其他：

三、神經學檢查：(◎臨床評估)

- | | |
|--------------------|--------|
| 1.意識狀態 | 2.肌肉力量 |
| 3.肌肉張力 | 4.肌腱反射 |
| 5. Ortolani test : | |

(此項只針對六個月以下嬰兒)

四、血清生化檢驗：(P.S.若生母血液檢查未做項目,由安置兒補做檢驗)

※以下請醫師以 **Positive**、**Negative**、**Nor-reactive** 或檢驗數字---註明之

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| B 型肝炎表面抗原(HBsAg) : | B 型肝炎 e 抗原(HBeAg) : |
| C 型肝炎抗體(Anti-HCV) : | 愛滋病檢查(HIV1+2) : |
| 梅毒檢查(VDRL / RPR / TPHA) : | 德國麻疹(RUBELLA IgM) : |

五、特殊檢查項目：(此項目由醫師評估是否需進行檢查)

腦部超音波 (BRAIN ECHO) :	<input type="checkbox"/> 需做 原因：_____ <input type="checkbox"/> 不需做 原因：_____
	檢查結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____
胸部 X 光 (Chest X-ray) :	<input type="checkbox"/> 需做 原因：_____ <input type="checkbox"/> 不需做 原因：_____
	檢查結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____
心臟超音波 (HEART ULTRASOUND)	<input type="checkbox"/> 需做 原因：_____ <input type="checkbox"/> 不需做 原因：_____
	檢查結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常_____

六、醫師建議與評估

八、安置童入住前有住院檢查治療者，必須附出院病歷摘要一份。

醫院名稱及電話：_____ 醫師簽名：_____