



年 月 日 星期

送托時間		:	返家時間		:	延托時間		小時		
體溫	時間: ___:___	耳溫: ___°C	時間: ___:___	耳溫: ___°C	時間: ___:___	耳溫: ___°C				
飲食情形	喝奶時間	:	:	:	:	:	:	:	:	
	奶量	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	
	用餐時間	:	:	:	:	:	:	:	:	
	餐點內容/量									
	用餐狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 量多 <input type="checkbox"/> 量較少, 原因: _____								
睡眠情形	時間	:	-	:	:	-	:	:	-	:
	狀況	<input type="checkbox"/> 安穩 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不安穩, 原因: _____								
排便情形	時間	:	:	:	:	:	:	:	:	
	顏色	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偏綠 <input type="checkbox"/> 偏黑 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
	狀況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偏硬 <input type="checkbox"/> 偏稀 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
換尿布	時間	:	:	:	:	:	:	:	:	
	紅屁股	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 處理: _____								
餵藥紀錄	時間	:	:	:	:	:	:	:	:	
	狀況	<input type="checkbox"/> 藥包___包 <input type="checkbox"/> 藥水___ CC <input type="checkbox"/> 外用藥 部位_____		<input type="checkbox"/> 藥包___包 <input type="checkbox"/> 藥水___ CC <input type="checkbox"/> 外用藥 部位_____		<input type="checkbox"/> 藥包___包 <input type="checkbox"/> 藥水___ CC <input type="checkbox"/> 外用藥 部位_____		<input type="checkbox"/> 藥包___包 <input type="checkbox"/> 藥水___ CC <input type="checkbox"/> 外用藥 部位_____		
活動內容	<input type="checkbox"/> 說故事 <input type="checkbox"/> 聽音樂 <input type="checkbox"/> 律動 <input type="checkbox"/> 戶外散步 <input type="checkbox"/> 玩玩具 <input type="checkbox"/> 生活常規建立 <input type="checkbox"/> 大肌肉活動 <input type="checkbox"/> 小肌肉活動 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 其他說明: _____									
幼兒情緒	<input type="checkbox"/> 愉悅 <input type="checkbox"/> 穩定 <input checked="" type="checkbox"/> 哭鬧 <input type="checkbox"/> 生氣 <input type="checkbox"/> 反抗 <input type="checkbox"/> 緊張焦慮 <input type="checkbox"/> 其他: _____									
用品補充	<input type="checkbox"/> 尿布 <input type="checkbox"/> 濕紙巾 <input type="checkbox"/> 奶粉/母乳 <input type="checkbox"/> 衣褲 <input type="checkbox"/> 其他: _____									
◆ 健康狀況 ◆					◎ 保親交流 ◎					
<input type="checkbox"/> 正常 • 不適症狀: <input type="checkbox"/> 發燒___度 <input type="checkbox"/> 嘔吐___次 <input type="checkbox"/> 腹瀉___次 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 咳嗽 • 行動異常: <input type="checkbox"/> 食慾差 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 躁動 <input type="checkbox"/> 活力不佳 <input type="checkbox"/> 持續哭鬧 • 外觀異常: <input type="checkbox"/> 皮膚異狀(紅腫或瘀青) <input type="checkbox"/> 外傷 • 其他: _____										
家長簽名:					托育人員簽名:					