

個人嬰兒睡眠計劃

計劃日期: _____

A 部分：嬰兒資訊

嬰兒姓名	性別	出生日期
授權代表姓名 (主要聯絡人)		電話號碼
授權代表姓名 (次要聯絡人)		電話號碼

B 部分：睡眠環境資訊

嬰兒在家裏睡覺的地方： <input type="checkbox"/> 嬰兒床 <input type="checkbox"/> 遊戲床 <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) _____	嬰兒通常睡眠時間是什麼時間？ _____ _____
嬰兒白天小睡平均時長是多少？ _____ 分鐘 _____ 小時	嬰兒是否使用奶嘴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有時 如果是，品牌: _____

C 部分：嬰兒的翻身能力

從 _____ / _____ / _____ 開始，我的孩子 _____ 能從背部翻到腹部，然後從腹部翻到背部。

授權代表簽名	日期
--------	----

D 部分：嬰兒在托兒服務場所的翻身能力

提供者觀察到該嬰兒能從其背部翻到腹部，並從腹部翻到背部。

提供者簽名	日期
授權代表簽名 (最晚需在觀察後下一個工作日完成)	日期

E 部分：醫療豁免

嬰兒是否有醫療豁免？ 是 否

如果嬰兒有醫療豁免而無需以臉朝上姿勢睡覺，則持照醫生必須提供有關其他睡眠姿勢的說明。

醫療豁免應包含以下資訊：

- 有關應如何放置嬰兒睡眠的說明，包括睡眠姿勢。
- 所得豁免的期限
- 持照醫生的聯絡資訊
- 持照醫生的簽名和簽名日期

根據第 22 篇適用於托兒服務中心的第 101429(a)(2)(c) 節或適用於居家式托兒服務之家的第 102425(c)(2) 節，將此表附於所需文件，並保留在嬰兒檔案中。

本人證明，此表中所有資訊盡我所能都完整且準確。

授權代表簽名

日期