

# 出生證明書

新生兒姓名		病歷號碼： 出生證字： 號	
(一) 產婦資料		出生年月日	
姓名		戶籍所在地	
國民身分證統一編號		省 縣 鄉鎮 村 街 巷 號 之	
護照號碼		市 市 市區 鄰 路 段 弄 樓	
(二) 產婦現在住址： <input type="checkbox"/> 同戶籍所在地		聯絡電話： 手機：	
省 縣 鄉 鎮 村 街 巷 號 之		(公) (宅) (父) (母)	
市 市 市 區 區 里 鄰 路 段 弄 樓			
(三) 產婦配偶資料		出生年月日	
姓名		民國年月日	
國民身分證統一編號			
護照號碼			
(四) 出生者之性別 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> 不明		(五) 懷孕週數滿 _____ 週	
		(六) 出生時之體重 _____ 公克	
(七) 出生時間		民國 年 月 日 上(下) 午 時 分	
(八) 胎 別		① <input type="checkbox"/> 單胎 ② <input type="checkbox"/> 雙胎 ③ <input type="checkbox"/> 參胎 ④ <input type="checkbox"/> _____ 胎 同胎次序： 計 男：_____ 名 女：_____ 名 不明：_____ 名	
(九) 出生場所及出生地		① <input type="checkbox"/> 醫院 ② <input type="checkbox"/> 診所 ③ <input type="checkbox"/> 助產士 ④ <input type="checkbox"/> 自宅 ⑤ <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請註明) 省市 縣市	
(十) 接生者		① <input type="checkbox"/> 醫院 ② <input type="checkbox"/> 助產士 ③ <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請註明)	
以上(一)~(三)欄係依據產婦提供資料填具，(四)~(十)欄則依據本次分娩事實填具，特此證明。			
醫師(助產士)姓名： _____ 簽章 證書字號： _____ 字第 _____ 號 醫療院所(助產院、所)名稱：國軍新竹地區醫院簽章 開業執照字號：竹市衛診醫字第 0512040014 號 院所地址：新竹市武陵路 3 號 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
以下資料請確實填寫，供衛生機關參考：			
(+) 接產方式		① <input type="checkbox"/> 陰道生產 ② <input type="checkbox"/> 陰道產鉗生產 ③ <input type="checkbox"/> 陰道真空吸引生產 ④ <input type="checkbox"/> 有剖腹產史之陰道生產 ⑤ <input type="checkbox"/> 第一次剖腹產 ⑥ <input type="checkbox"/> 剖腹產史之剖腹產	
(+) 產婦生產前後及新生兒在醫學上初步所見之特殊行為：(代碼請參閱底頁代碼對照表，可複選)			
產婦 ① 此次懷孕健康上之特殊情形代碼為： _____ <input type="checkbox"/> 無 ② 孕程及產程之特殊處理代碼為： _____ <input type="checkbox"/> 無 ③ 生產時之併發症代碼為： _____ <input type="checkbox"/> 無			
新生兒 出生時之 Apgar Score：第一分鐘 <input type="checkbox"/> < 7 <input type="checkbox"/> ≤ 7 第五分鐘 <input type="checkbox"/> < 7 <input type="checkbox"/> ≤ 7 活產者在本醫療機構內 <input type="checkbox"/> 死亡者：其存活期有 _____ 天 _____ 小時 <input type="checkbox"/> 轉院者：其年齡為 _____ 天 _____ 小時(轉診醫院名稱：_____)			
④ 先天性缺陷代碼為： _____ <input type="checkbox"/> 尚待確診後填報(未確定診斷者，請勾選) <input type="checkbox"/> 無			

