

死產證明書

病歷號碼：
死產證字第

號

(一) 產婦資料									
姓名		出生年月日		民國		年		月 日	
身分證統一編號		統一證號(或護照號碼)：_____ 目前國籍別： <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____							
戶籍地：		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰 路(街) 段 巷 弄 號之樓之	
現居地：		<input type="checkbox"/> 同戶籍所在地 縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號之樓之							
聯絡電話		(公)		(宅)		(手機)			
(二) 產婦配偶資料 <input type="checkbox"/> 配偶欄空白									
姓名		出生年月日		民國		年		月 日	
身分證統一編號		統一證號(或護照號碼)：_____ 目前國籍別： <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____							
戶籍地：		<input type="checkbox"/> 同產婦戶籍		<input type="checkbox"/> 同產婦現居地		縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號之樓之			
(三)出生者之性別 ① <input type="checkbox"/> 男 ② <input type="checkbox"/> 女 ③ <input type="checkbox"/> 不明				(四)懷孕週數滿_____週		(五)出生時之體重_____公克			
(六)出生時間		民國		年		月		日 上(下)午 時 分	
(七)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							
(八)出生場所及出生地		<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 助產所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請註明)		省市 縣市					
(九)接生者		<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 其他_____ (請註明)							
以上(一)~(二)欄係依據產婦提供資料填具，(三)~(九)欄則依據本次分娩事實填具，特此證明。									
醫師(助產師、士)姓名：_____ 簽章									
證書字號：_____ 字第_____號									
醫療院所(助產院、所)名稱：_____ 簽章									
開業執照字號：_____ 字第_____號									
院所住址：縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓									
中華民國 年 月 日 列印									

(第一聯：由出生兒之家屬收執)
950101起修訂

死產證明書

病歷號碼：
死產證字第

號

(一) 產婦資料																							
姓名		出生年月日		民國 年 月 日																			
身分證統一編號		統一證號(或護照號碼)：_____ 目前國籍別： <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____																					
戶籍地：		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰		路(街)		段		巷		弄		號之樓之					
現居地：		<input type="checkbox"/> 同戶籍所在地		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰		路(街)		段		巷		弄		號之樓之			
聯絡電話		(公)		(宅)		(手機)																	
(二) 產婦配偶資料 <input type="checkbox"/> 配偶欄空白																							
姓名		出生年月日		民國 年 月 日																			
身分證統一編號		統一證號(或護照號碼)：_____ 目前國籍別： <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____																					
戶籍地：		<input type="checkbox"/> 同產婦戶籍		<input type="checkbox"/> 同產婦現居地		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰		路(街)		段		巷		弄		號之樓之	
(三) 出生者之性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明										(四) 懷孕週數滿_____週		(五) 出生時之體重_____公克											
(六) 出生時間		民國 年 月 日		上(下)午		時		分															
(七) 胎別		<input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 雙胎 <input type="checkbox"/> 參胎 <input type="checkbox"/> 胎		同胎次序：_____																			
計男：_____名		女：_____名		不明：_____名																			
(八) 出生場所及出生地		<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 助產所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請註明)																					
縣市		縣市																					
(九) 接生者		<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 其他_____ (請註明)																					
以上(一)~(二)欄係依據產婦提供資料填具，(三)~(九)欄則依據本次分娩事實填具，特此證明。																							
醫師(助產師、士)姓名：_____ 簽章																							
證書字號：_____ 字第_____號																							
醫療院所(助產院、所)名稱：_____ 簽章																							
開業執照字號：_____ 字第_____號																							
院所住址：_____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓																							
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 列印																							
以下資料請確實填寫：																							
(十) 生產方式		<input type="checkbox"/> 陰道生產 <input type="checkbox"/> 陰道產鉗生產 <input type="checkbox"/> 陰道真空吸引生產																					
		<input type="checkbox"/> 有剖腹產史之陰道生產 <input type="checkbox"/> 第一次剖腹產 <input type="checkbox"/> 有剖腹產史之剖腹產																					
(十一) 產婦生產前後及胎兒在醫學上初步所見之特殊情形：(代號請參閱代碼對照表，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																							
死產兒 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																							
(十二) 總生育活產數：_____										(十三) 產婦原始國籍別： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____													

死產證明書

病歷號碼：
死產證字第

號

(一) 產婦資料																							
姓名		出生年月日		民國 年 月 日																			
身分證統一編號		統一證號(或護照號碼)：_____ 目前國籍別： <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____																					
戶籍地：		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰		路(街)		段		巷		弄		號之樓之					
現居地：		<input type="checkbox"/> 同戶籍所在地		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰		路(街)		段		巷		弄		號之樓之			
聯絡電話		(公)		(宅)		(手機)																	
(二) 產婦配偶資料 <input type="checkbox"/> 配偶欄空白																							
姓名		出生年月日		民國 年 月 日																			
身分證統一編號		統一證號(或護照號碼)：_____ 目前國籍別： <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____																					
戶籍地：		<input type="checkbox"/> 同產婦戶籍		<input type="checkbox"/> 同產婦現居地		縣(市)		鄉(鎮市區)		村(里)		鄰		路(街)		段		巷		弄		號之樓之	
(三) 出生者之性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明										(四) 懷孕週數滿_____週		(五) 出生時之體重_____公克											
(六) 出生時間		民國 年 月 日		上(下)午		時		分															
(七) 胎別		<input type="checkbox"/> 單胎 <input type="checkbox"/> 雙胎 <input type="checkbox"/> 參胎 <input type="checkbox"/> ____胎		同胎次序：_____																			
計男：_____名		女：_____名		不明：_____名																			
(八) 出生場所及出生地		<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 助產所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請註明)																					
省市		縣市																					
(九) 接生者		<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 助產師(士) <input type="checkbox"/> 其他_____ (請註明)																					
以上(一)~(二)欄係依據產婦提供資料填具，(三)~(九)欄則依據本次分娩事實填具，特此證明。																							
醫師(助產師、士)姓名：_____ 簽章																							
證書字號：_____ 字第_____號																							
醫療院所(助產院、所)名稱：_____ 簽章																							
開業執照字號：_____ 字第_____號																							
院所住址：_____ 縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓																							
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 列印																							
以下資料請確實填寫：																							
(十) 生產方式		<input type="checkbox"/> 陰道生產 <input type="checkbox"/> 陰道產鉗生產 <input type="checkbox"/> 陰道真空吸引生產																					
		<input type="checkbox"/> 有剖腹產史之陰道生產 <input type="checkbox"/> 第一次剖腹產 <input type="checkbox"/> 有剖腹產史之剖腹產																					
(十一) 產婦生產前後及胎兒在醫學上初步所見之特殊情形：(代號請參閱代碼對照表，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																							
死產兒 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																							
(十二) 總生育活產數：_____										(十三) 產婦原始國籍別： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 中國大陸 <input type="checkbox"/> 外籍國別_____													

死產證明書填表說明

證明書填表對象：舉凡在醫院、診所或助產所接生之死產胎兒均應填具本證明書。

死產：指胎齡滿20週以上或500公克以上之胎兒死亡（中、晚期胎兒死亡），即胎兒在與產婦分離後，不會呼吸或未顯示任何生命現象，如心跳、臍帶搏動或明顯之隨意肌活動者，皆視為死產。

各欄填寫應注意事項：

甲、胎兒出生後若屬死產，即由接生者依格式以正楷清晰填列。

乙、填寫數字請一律以正楷阿拉伯數字為之，以符規定。

丙、填寫時請注意各欄間之相互關係。

丁、本證明書之各欄填寫方式如下：

(一)欄填寫產婦之姓名、出生年月日、身分證統一編號及詳細之戶籍所在地、現在住址及連絡電話。非本國國民者填寫統一證號，尚無統一證號者填護照號碼，並填列目前國籍別。

(二)欄填寫產婦配偶姓名、出生年月日、身分證統一編號及詳細之戶籍所在地。非本國國民者填寫統一證號，尚無統一證號者則填護照號碼，並填列目前國籍別。

1. 產婦配偶資料，應依據產婦之國民身分證或戶口名簿（均正本）等證明文件上登載之配偶資料，據實填寫；如遇配偶資料欄空白，請勾選「配偶欄空白」。

2. 產婦證件有配偶者，配偶姓名欄不得空白。其餘配偶資料欄如不完整，不影響本文書之效力。

(三)欄僅就死產兒之出生性別擇一勾選，即在①☐男②☐女③☐不明之☐內加✓。

(四)欄填本次出生之死產兒其產婦之懷孕總週數。

(五)欄填寫死產兒出生時之體重，以公克為單位。

(六)欄填寫死產兒出生之詳細時間，以中文大寫為之。

(七)欄填寫死產兒胎別：

1. 若胎別為①☐單胎②☐雙胎③☐參胎則於其☐內加✓，若超過參胞胎者請直接在④☐胎之空白處加填數字，例如伍胞胎則填④☒伍胎。

2. 各種胎別皆需續填計男：____名 女：____名 不明：____名，合計應等於胎別數。

3. 同胎次序請填本胎次序。

(八)欄填寫死產兒其出生之場所及出生地，若出生地係在醫院、診所或助產所與院所住址相同者可不必填寫；如出生場所為「自宅」或「其他」者，則需詳填出生地。

(九)欄僅就接生者之身分擇一在其☐內加✓，如勾選☒「其他」則需加註說明。

(十)欄填寫產婦本次生產之生產方式，擇一在☐內加✓。

(十一)欄填寫產婦生產前後及胎兒在醫學上初步所見之特殊情形，代號請參閱代碼對照表。

(十二)欄填寫產婦總生育活產數。

(十三)欄填寫產婦原始國籍別，例如：已取得本國國民身分證之印尼產婦，則填☒外籍國別 印尼。

戊、本證明書填具者請填出開具單位之醫療院所名稱、住址與開業執照字號及開具證明者之姓名與證書字號。

產婦生產前後及新生兒（胎兒）在醫學上之特殊情形代碼對照表

一、產婦部分

此次懷孕健康上之危險因子

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------|
| 01 貧血（除海洋性貧血外之所有貧血） | 09 慢性高血壓 | 18 海洋性貧血（確診案，非帶因者） |
| 02 心臟疾病 | 10 懷孕引起之高血壓 | 19 孕期抽煙 |
| 03 肺病 | 11 妊娠毒血症 | 20 孕期酗酒 |
| 04 糖尿病 | 12 子宮頸閉鎖不全 | 21 藥癮 |
| 05 梅毒 | 13 曾生產嬰兒體重4000公克以上 | |
| 06 妊娠糖尿病 | 14 曾生產過早產兒（未滿37週）或體重不足之嬰兒（2500gm以下） | |
| 07 羊水過多（AFI \geq 24cm or DP \geq 8cm）或羊水過少（AFI \leq 5cm or DP \leq 1cm） | 15 腎臟疾病 | |
| | 16 Rh因子過敏 | |
| | 17 其他（請註明於證明書上） | |

孕程及產程之特殊處置

- | | | |
|---------|------------|-------------------------|
| 01 羊膜穿刺 | 04 催生 | 08 剖腹探查（含子宮肌瘤切除或卵巢囊腫切除） |
| 02 絨毛檢查 | 05 安胎 | 09 其他（請註明於證明書上） |
| 03 引產 | 06 子宮頸環紮手術 | |

生產時之併發

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------|
| 01 發燒（ $>38^{\circ}\text{C}$ ） | 07 分娩時抽癢 | 12 胎頭骨盆不相稱 |
| 02 羊水中含有胎便，中度／重度 | 08 急產（ <3 小時） | 13 臍帶脫垂 |
| 03 早期破水（ >12 小時） | 09 產程過長（子宮規則宮縮 >20 小時） | 14 麻醉時之併發症 |
| 04 胎盤早期剝離 | 10 產程進展不順 | 15 胎兒窘迫 |
| 05 前置胎盤 | 11 胎位不正 | 16 其他（請註明於證明書上） |
| 06 其他大量出血（陰道生產 >500 毫升，剖腹產 >1000 毫升） | | |

二、新生兒（胎兒）部分

1神經系統

- 0101 無腦症
- 0102 腦膨出
- 0103 脊髓膜膨出
- 0104 脊柱裂
- 0105 先天性水腦症
- 0106 小腦症
- 0107 全前腦症
- 0109 其他（請描述）

2眼顏面系統

- 0201 先天性白內障
- 0202 小眼及無眼症
- 0203 唇裂（可併有顎裂）
- 0204 顎裂（無唇裂）
- 0205 後鼻孔閉鎖
- 0206 畸形耳
- 0207 其他（請描述）
- 0208 聲帶麻痺

3心臟血管系統

- 0301 心室中膈缺損
- 0302 心房中膈缺損
- 0303 開放性動脈導管
- 0304 法洛氏四重症
- 0305 心內膜墊缺損
- 0306 大血管轉位
- 0308 肺動脈狹窄
- 0309 複雜性先天性心臟病
- 0310 其他（請描述）

4消化系統

- 0401 食道閉鎖及膈管
- 0402 巨結腸症
- 0403 肛門閉鎖
- 0404 小腸閉鎖
- 0405 幽門狹窄
- 0406 臍膨出
- 0407 腹裂畸形
- 0408 橫膈疝氣
- 0409 膽道閉鎖
- 0410 膽道擴張或囊腫
- 0411 腹股溝疝氣
- 0412 其他（請描述）

5泌尿生殖系統

- 0501 腎臟發育不全
- 0502 阻塞性泌尿道疾病
- 0503 尿道下裂
- 0504 生殖器性別不明
- 0505 多囊腎
- 0506 兩側睪丸未下降
- 0507 其他（請描述）

6骨骼肌肉系統

- 0601 畸形足
- 0602 先天性髖關節脫臼
- 0603 多指（趾）症
- 0604 併指（趾）症
- 0605 肢體短小或缺損
- 0606 關節僵硬
- 0607 侏儒症
- 0608 其他（請描述）

7呼吸系統

- 0707 其他（請描述）
- 0708 先天性氣管狹窄
- 0709 先天性大葉性肺氣腫
- 0710 先天性肺囊腫
- 0711 先天性囊狀腺瘤樣肺畸形
- 0712 肺隔離
- 0713 肺發育不全

8染色體異常

- 0801 三染色體21
- 0802 三染色體13
- 0803 三染色體18
- 0804 其他（請描述）
- 0805 透納氏症，45X
- 0806 XXY
- 0807 XXX

9其他

- 0901 其他（請描述）
- 0902 海洋性貧血（重型）
- 0903 胎兒水腫
- 0904 腹水
- 0905 畸胎瘤
- 0906 大面積的皮膚病
- 0907 囊狀頸部水瘤