

出生證明書

新生兒姓名		身分證統一編號		病歷號碼：	
				出生證字：	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"/> 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					
院所地址：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					

注意事項：1、請攜此證明書於新生兒出生後30天內向戶籍所在地戶政事務所辦理出生登記。

2、出生登記前，應以書面約定子女從父姓或母姓，並提憑姓氏約定書辦理出生登記，或逕行將約定子女從父姓或母姓填入下列空白處(免附姓氏約定書)並由新生兒之父母簽名或蓋章。

約定此子女從_____姓。

約定人：父_____ (簽名或蓋章) 母_____ (簽名或蓋章)

(第一聯：由出生兒之家屬收執)

960715起修訂

出生證明書

新生兒姓名		身分證統一編號		病歷號碼：	
				出生證字：	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"/> 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	
院所地址：	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				

(第二聯：通報當地民政局轉戶政事務所)

960715起修訂

出生證明書

新生兒姓名	身分證統一編號	病歷號碼： 出生證字： 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"/> 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		
院所地址： 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) 產婦生產前後及新生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		
新生兒 出生時之Apgar Score：第一分鐘分數_____ 第五分鐘分數_____ 活產者在本醫療機構內(1) <input type="checkbox"/> 死亡者：其存活期有_____天_____小時_____分鐘 (2) <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		
(十二) 總生育活產數(含本次)：	(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_____	

(第三聯：通報當地衛生局轉國民健康局)

960715起修訂

出生證明書

新生兒姓名	身分證統一編號	病歷號碼： 出生證字：_____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"/> 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		
院所地址：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) 產婦生產前後及新生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		
新生兒 出生時之Apgar Score：第一分鐘分數_____ 第五分鐘分數_____ 活產者在本醫療機構內(1) <input type="checkbox"/> 死亡者：其存活期有_____天_____小時_____分鐘 (2) <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		
(十二) 總生育活產數(含本次)：_____	(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_____	

(第四聯：醫療院所存底並供稽查)

960715起修訂

出生證明書填表說明

證明書填表對象：舉凡在醫院、診所或助產所接生之活產新生兒均應填具本證明書。

活產：從產婦完全產出或取出之胎兒，不論懷孕期之長短，在與產婦分離後，能呼吸或顯示任何生命現象，如心跳、臍帶搏動或明顯之隨意肌活動，不論臍帶是否已切斷或胎盤是否仍附著，凡如此出生之嬰兒，皆視為活產。

各欄填寫應注意事項：

甲、新生兒出生後即由接生者依格式以正楷清晰填列。

新生兒姓名、身分證統一編號為預留欄位，接生單位免填。

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、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、及詳細之戶籍所在地、現在住址及連絡電話。

(二)欄填寫產婦配偶姓名、出生年月日、身分證統一編號、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、及詳細之戶籍所在地。

1. 產婦配偶資料，應依據產婦之國民身分證或戶口名簿、戶籍謄本等證明文件上登載之配偶資料，具實填寫；如遇配偶資料欄空白或不詳時，亦請勾選「配偶欄空白」。

2. 產婦配偶資料欄如不完整，不影響本文書之效力，但應以「配偶姓名」為優先填列。

(三)欄僅就新生兒之出生性別擇一勾選，即在①男②女③不明之內加✓。

(四)欄填寫記本次出生之新生兒其產婦之懷孕總週數（未在院產檢者請依新生兒出生體重及身體狀況推估懷孕週數）。

(五)欄填寫新生兒出生時之體重，以公克為單位。

(六)欄填寫新生兒出生之詳細時間，以中文大寫為之。

(七)欄填寫新生兒胎別；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；各種胎別皆需續填計男：____名 女：____名 不明：____名，並註明「同胎次序」於其後之空白處。

(八)欄填寫新生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地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，擇一最適答案並在內加✓。

(十一)欄填寫產婦生產前後及新生兒在醫學上初步所見之特殊情形，代號請參閱底頁代碼對照表。*新生兒之Apgar Score以實際分數填列

(十二)欄填寫產婦總生育活產數，含本次生產。

(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寫開具單位之醫療院所名稱、地址與開業執照字號及開具證明者之姓名與證書字號。

(十一) 欄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°C) | 07 分娩時抽癢 | 12 胎頭骨盆不相稱 |
| 02 羊水中有胎便,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 食道閉鎖及膈疝
- 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