

# 死產證明書

病歷號碼：

死產證字：

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	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：

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_____

(第三聯：通報當地衛生局轉國民健康局)

950101起修訂

# 死產證明書

病歷號碼：

死產證字：

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_____

(第四聯：醫療院所存底並供稽查)

950101起修訂

## 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地址相同者可不填寫；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、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