

의 료 기 관 명

수신자
(경유)
제 목 임산부 사망, 사산 또는 신생아 사망 보고

「모자보건법」 제8조제3항 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 임산부의 사망, 사산 또는 신생아 사망에 관하여 아래와 같이 보고합니다.

대상자	구 분	☐ 임산부 사망 ☐ 사산 ☐ 신생아 사망			
	성 명(사산은 모의성명)			성 별	☐ 남 ☐ 여 ☐ 불확실
	생년월일(사산은 모의 생년월일)				
	주 소				
	사망·사산일		사망·사산장소 ☐ 의료기관 ☐ 병원이송 중 사망 ☐ 주택 ☐ 기타		
임신주수 ·체중 및 사망·사산 원인	임산부 사망	사산		신생아 사망	
	임신()주 또는 분만 후 ()일, 주	모체측 원인	태아측 원인	모체측 원인	신생아측 원인
		임신()주 사산 사산시()g	임신()주 사산 사산시()g	임신()주 출산 출생 시()g	임신()주 출산 출생 시()g
	진단1 : _____ (질병코드 : _____) 진단2 : _____ (질병코드 : _____) * 복합사인의 경우 추가진단명 [(진단3: _____ (질병코드 : _____))] 등 기재 가능				
주(註): 임산부가 「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」 제2조제3호에 따른 비식별화된 가명을 부여받은 경우에는 임산부의 성명 대신 가명을 기재할 수 있고 생년월일, 주소 및 전화번호를 기재하지 않을 수 있습니다.					

끝.

발 신 명 의

직인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급) 서명 결재권자 직위(직급) 서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행) 접수 처리과명-일련번호(접수)

우 주소 / 홈페이지 주소

전화번호() 팩스번호() / 기안자의 전자우편주소 / 공개구분