

행정기관명

수신자
(경유)
제 목 임산부 사망, 사산 또는 신생아 사망 보고

「모자보건법 시행규칙」 제7조제2항에 따라 임산부 사망, 사산 또는 신생아 사망에 관하여 아래와 같이 보고합니다.

대 상 자							임신주수·체중 및 사망·사산원인				
구분	성명	성별	생년 월일	주소	사망 사산일	사망 사산장소	임신주수 및 체중	사망·사산원인			
								임산부·모체		태아·신생아	
								진단1	진단2 ~ 진단3	진단1	진단2 ~ 진단3
1.임산부 2.신생아 3.사산	* 사 산 은 모의 성명	남, 여 불확실	*사산은 모의 생년 월일		_ 년 _ 월 _ 일	1.의료기관 2.병원이송 중 사망 3.주택 4.기타	1. 임신 _주 또는 분만 후 _ 일, 주 2. 임신 _주 출산 출생시 _ g 3. 임신 _ 주 사산 사산시 _ g				

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 및 주소를 기재하지 않을 수 있습니다. 끝.

발신명의

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