

미숙아 등 출생보고서

성명(출생아 모)		생년월일(출생아 모)	
주 소		전화번호	
분만기관명		분만일	
임신관련 정보	보조생식술 여부 []체외수정 []인공수정	다태아 여부 []단태아 []쌍태아 []삼태아 이상	
	출생 시 아기 체중 g	임신기간 임신 ()주 ()일에 분만(최종월경일)	
분만 시 발견된 선천성이상아 소견	진단1: _____(질병코드: _____) 진단2: _____(질병코드: _____) *복합사인의 경우 추가진단명[(진단3:_____, (질병코드:_____) 등 기재 가능		그 밖의 참고사항

주(註): 출생아 모가 「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」 제2조제3호에 따른 비식별화된 가명을 부여받은 경우에는 출생아 모의 성명 대신 가명을 기재할 수 있고 생년월일, 주소 및 전화번호를 기재하지 않을 수 있습니다.

「모자보건법」 제8조제4항 및 같은 법 시행규칙 제7조의2제1항에 따라 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

의료기관장

(서명 또는 인)

(요양기관기호:)

특별자치시장·특별자치도지사
시·군·구 보건소장

귀하