

健康署第三次產檢超音波檢查紀錄結果表

【本項服務「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐補助」】

一、個人基本資料												
姓名					身分證字號							
					居留證統一證號/護照號碼(外籍人士)							
出生日期	年	月	日	聯絡資訊	電話：()							
	手機：											
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□											
	縣	市鄉	村	路	段	巷	號	市	區鎮	里	街	弄
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。												
二、第三次超音波檢查資料(產檢院所填寫)【註一】												
產檢院所名稱					產檢院所醫事機構代碼							
檢查日期【註二】	年	月	日	檢查時之孕週數	第 週							
預產期	年	月	日	身高	公分							
體重	公斤				B M I【註三】	kg/m ²						
胎數	<input type="checkbox"/> 單胞胎 <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 多胞胎 _____胎				胎兒心跳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 異常胎位				前置胎盤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
胎兒頭雙頂骨徑	公分				胎兒腹圍	公分						
胎兒股骨長度	公分				羊水量	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少						

備註：

【註一】本表之第三次產檢超音波檢查係指當次使用醫令 62 或 6C。

【註二】檢查日期如與開單日期不一致，請填寫孕婦實際接受本項檢查之日期，並於檢查日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註三】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出 BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。