附件4

跨区域助产机构外出生核查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **新生儿姓名及父母亲相关信息** | | | | | |
| **新生儿姓名** |  | 性 别 | ➀男 ➁女 | | 新生儿相片  （参照居民身份证数字相片格式） |
| 出生年月 | 年 月 日 时 分 | |
| 出生地 | 省 市 县（区） 乡（镇） | |
| **母亲姓名** |  | 有效身份证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **父亲姓名** |  | 有效身份证件类别 |  | 有效身份  证件号码 |  |
| **相关申请材料** | 1、助产机构外出生的出生医学证明首次签发核查表  2、由新生儿父母或监护人出具的“亲子关系声明”  3、亲子司法鉴定意见书 | | | | |
| **新生儿出生地县（区）级卫生健康行政部门意见** | 经审核，  1、机构内分娩排查 ➀无记录 ➁有记录：  2、预防接种第一针记录情况 ➀无记录 ➁有记录：  3、接生人员调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  4、证明人调查 ➀无法核实 ➁调查属实：  审核人员签名： 年 月 日  年 月 日 | | | | |
| 经调查，认为申请人（新生儿）在我辖区：➀助产机构外分娩 ➁无法核实助产机构外分娩。  负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | |
| **备注** |  | | | | |