

北京市卫生局文件

京卫妇精字〔2010〕1号

北京市卫生局转发卫生部

关于进一步加强出生医学证明管理的通知

各区县卫生局：

《出生医学证明》是《中华人民共和国母婴保健法》规定的具有法律效力的重要医学文书，为进一步加强《出生医学证明》的规范化管理，卫生部印发了《关于进一步加强出生医学证明管理的通知》，现转发给你们，同时提出如下补充规定：

一、各区县卫生行政部门要按照本通知的要求进一步加强《出生医学证明》的监督管理，凡委托相关机构负责《出生医学证明》事务性管理工作的，需出具委托函，明确受委托机构

的职责。

二、《出生医学证明》印章包括出生医学证明专用章和出生医学证明补发专用章，本市从2010年4月1日起正式启用《出生医学证明》补发专用章，区县卫生行政部门要严格按照卫生部、公安部《关于加强〈出生医学证明〉管理有关问题的通知》（卫基妇发〔2003〕23号）规定的印章规格及式样刻制印章，并按照规定要求加强印章的管理。

三、本市从2010年4月1日起正式启用《出生医学证明》存根联和《出生医学证明》首次签发登记表，存根联填写完整，拆切后贴至《出生医学证明》签发登记表存根粘贴处或《北京市出生医学证明记录》中，《北京市出生医学证明记录》使用日期截止到2010年6月30日。

四、《出生医学证明》签发机构要严格按照卫生部和我市《出生医学证明》的相关规定进行首次签发、换发和补发，并填写相应的登记表（附件1、2、3、4）和登记汇总表（附件5、6、7）。因各种原因被取消助产技术服务资质的医疗机构，应将空白《出生医学证明》和出生医学证明专用章上交至区县卫生行政部门管理。

北京妇产医院负责北京地区助产机构以外分娩婴儿《出生医学证明》的签发。自2010年7月1日起，办理助产机构外出生的《出生医学证明》，领证人须提供法定鉴定机构有关亲子鉴定

定的证明、身份证和户口本原件及复印件，并填写助产机构外《出生医学证明》首次签发登记表。

五、按照户籍管理部门有关规定，凡本市签发机构签发的《出生医学证明》均应机打，手工填写、涂改、登记项目不齐全（非婚生除外）的《出生医学证明》应视为无效证明。《出生医学证明》应使用规范汉字打印，在国内进行户籍登记者，新生儿姓名栏不能填写外文。

六、《出生医学证明》管理和签发机构应加强《出生医学证明》废证管理，每例废证均须填写“《出生医学证明》废证登记表”（附件8），签发机构每年2月15日前，将上一年度的废证及废证登记表报至区县卫生行政部门，区县卫生行政部门于当年2月28日前，将辖区内的所有废证及废证登记表报至北京市卫生局妇幼与精神卫生处。

对2009年及以往年度的废证，区县卫生行政部门于2010年4月1日前组织进行认真清理并做好严格登记后，报至北京市卫生局妇幼与精神卫生处集中销毁。

七、《出生医学证明》签发机构应按期上报“出生医学证明使用情况年报表”（附件9），于每年2月28日前，将上一年度报表报至区县妇幼保健院，区县妇幼保健院于当年3月15日前，将辖区内的汇总数据报至北京妇幼保健院。

八、原有关规定与本通知的规定不一致的，以本通知的规

定为准。

九、本通知自发布之日起施行。

- 附件：1. 助产机构内《出生医学证明》首次签发登记表
2. 助产机构外《出生医学证明》首次签发登记表
3. 《出生医学证明》换发申请登记表
4. 《出生医学证明》补发申请登记表
5. 助产机构外《出生医学证明》首次签发登记汇总表
6. 《出生医学证明》换发登记汇总表
7. 《出生医学证明》补发登记汇总表
8. 《出生医学证明》废证登记表
9. 《出生医学证明使用情况年报表》
10. 办理《出生医学证明》授权委托书

二〇一〇年一月二十九日



主题词：卫生 出生医学证明△ 管理△ 通知

北京市卫生局办公室

2010年1月29日印发

共印 25 份

附件 1:

助产机构内《出生医学证明》首次签发登记表

分娩信息					
产妇姓名		住院病历号		接生机构	
新生儿性别		出生日期	年 月 日	时 分	
出生地	省 市 县(区) 乡	出生孕周		周	
体重	克(g)	身长	厘米(cm)	分娩方式	
健康状况	良好 一般 差	胎数		备注	
以上内容由接生人员填写, 请核对正确无误后签字确认。 接生人员签字: _____ 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日					
新生儿姓名及其父母相关信息					
新生儿姓名		户口	随父 随母		
母亲信息	姓名	年龄			
	国籍	民族			
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
	户口地址				
父亲信息	姓名	年龄			
	国籍	民族			
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
	户口地址				
现住址及联系电话					
领证人	姓名	与新生儿关系			
	有效身份证件类别				
	有效身份证件号码				
以上内容由领证人填写, 请核对正确无误后签字确认, 并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发, 证件上的各项信息不应变更。 领证人签字: _____ 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日					
特殊情况说明: _____ 领证人签字: _____ 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日					

《出生医学证明》存根粘贴处

- 注: 1 填写首次签发登记表时, 需提供新生儿父母身份证和户口本等有效证件原件。
 2. 表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写, 所有项目要字迹清楚。若出现涂改, 相应内容须由接生人员或领证人签字确认。
 3. 请将《出生医学证明》存根粘贴在此表相应位置永久保存。

《出生医学证明》首次签发要求

1. 《出生医学证明》由正页、副页和存根三部分组成，所有项目要填写齐全，字迹清楚，内容准确。

2. 《出生医学证明》应当使用规范汉字和符合国家标准数字符号打印或用钢笔（蓝黑墨水）、碳素笔一次填写。外籍人士的部分信息可使用英文。

3. 签发机构审验新生儿父母有效身份证件原件后，根据《出生医学证明》首次签发登记表签发《出生医学证明》。《出生医学证明》上的“身份证号”栏目按照居民身份证、护照、军官证等有效身份证件的号码填写；新生儿父母“年龄”栏目按照新生儿出生时其父母的年龄填写。

(1) 若领证人不是新生儿母亲，还需提供新生儿母亲签字的委托书（见附件10）以及领证人本人有效身份证件原件；

(2) 对于未提供新生儿父亲信息的，新生儿母亲须提供书面声明，签发机构可在《出生医学证明》上父亲信息的相应栏目处填写“/”；

(3) 对于新生儿母亲有效身份证件原件与住院分娩登记的产妇姓名等相关信息不一致的，领证人需提供户口登记机关的相关证明，必要时需提供法定鉴定机构有关亲子鉴定的证明。

4. 分娩信息中健康状况可结合出生时的Apgar评分判定；出生地依据新生儿出生所在地行政区划名称填写。

5. 在妇幼保健机构出生的，在妇幼保健院后□内划“√”；在妇幼保健机构以外的其他医疗机构出生的，在医院后□内划“√”；由家庭接生员接生的，在家庭后□内划“√”；其他地点出生的，在其它后□内划“√”，并在“_____”上注明出生地点。

6. 接生机构名称按接生的医疗保健机构的全称填写，签发日期按实际签发日期填写。

7. 副页和存根相关内容的填写：

(1) 出生地点：与正页“出生地”一致；

(2) 家庭住址：按照领证人提供的家庭住址填写；

(3) 婴儿母亲签章：由新生儿母亲或领证人签字；

(4) 接生人员签字：由负责接生的助产技术人员签字或签发人员签字。

8. 《出生医学证明》正页、副页和存根加盖出生医学证明专用章，盖印要使用红色印泥，清晰端正，不得涂抹，不得盖其他印章或骑缝章。签发机构加盖印章前须认真核实《出生医学证明》上的信息，严禁在空白《出生医学证明》上盖章。

附件 2:

助产机构外《出生医学证明》首次签发登记表

出生信息						
新生儿性别		出生日期	年	月	日	时 分
出生地	省 市 县(区) 乡			出生孕周	周	
体重	克(g)	身长	厘米(cm)		分娩方式	
健康状况	良好 一般 差		胎数		备注	
新生儿姓名及其父母相关信息						
新生儿姓名		户口	随父 随母			
母亲信息	姓名		年龄			
	国籍		民族			
	有效身份证件类别					
	有效身份证件号码					
	户口地址					
父亲信息	姓名		年龄			
	国籍		民族			
	有效身份证件类别					
	有效身份证件号码					
	户口地址					
现住址及联系电话						
领证人	姓名		与新生儿关系			
	有效身份证件类别					
	有效身份证件号码					
<p>以上内容由领证人填写,请核对正确无误后签字确认,并承担相应法律责任。《出生医学证明》一经签发,证件上的各项信息不应变更。</p> <p>领证人签字: _____</p> <p>填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>						
<p>特殊情况说明:</p> <p>领证人签字: _____ 填表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>						

《出生医学证明》存根粘贴处

- 注: 1 填写首次签发登记表时,需提供新生儿父母身份证和户口本等有效证件原件及复印件。(提交的上述材料,请粘贴在此登记表上永久保存)
- 2.表中的分娩信息和新生儿姓名及其父母相关信息分别由接生人员和领证人填写,所有项目要字迹清楚。若出现涂改,相应内容须由接生人员或领证人签字确认。

附件 9:

《出生医学证明》管理使用情况年报表

填报单位(盖章): _____

_____年

项目	上一年底库存数	当年申领数	当年使用情况										当年医疗保健机构内产数			
			医疗保健机构内出生的签发数			医疗保健机构外出生的签发数			废证数					当年年底库存数		
			小计	首次签发数	换发数	补发数	小计	家庭接生接生员的签发数	其他情况的签发数	小计	因打印或填写错误数	遗失数			其他原因数	
																合计
甲	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
总计																

负责人: _____

填表人: _____

报表时间: _____年____月____日

附件 10:

办理《出生医学证明》授权委托书

委托人: 性别: 出生年月:

有效身份证件类别:

有效身份证件号码:

联系电话:

受托人: 性别: 出生年月:

有效身份证件类别:

有效身份证件号码:

联系电话:

与委托人关系:

委托人因不能亲自来_____医院办理《出生医学证明》领取事宜,特委托受托人_____代理本人领取婴儿姓名为_____的《出生医学证明》。

凡由受托人在上述委托权利内,代理委托人行为所造成的法律结果,委托人均予以承认。

委托期限自委托人签署授权委托书之日起至受托人领取《出生医学证明》之日止。

委托人签名:

受托人签名:

年 月 日

年 月 日