附件 6

叶酸免费发放和妇女服用情况登记表（表三）

发放单位： 发放员：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 年龄 | 是否签定知情同意书 | 是否高危人群 | 是否流动人口 | 领取发放、随访时间 | 随访情况 | 婴儿出生情况 |
| 第1瓶 | 第2瓶 | 第3瓶 | 第4瓶 | 第5瓶 | 第6瓶 | 第7瓶 | 第8瓶 | 怀孕时间 | 服用情况（片） | 是否符合保险 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、此表由乡镇妇幼健康服务机构留存备查。2、婴儿出生情况中的健康状况中如有异常请另作文字说明上报。