

臺中市 114 年周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫
孕產婦關懷同意書

113 年 11 月

為了提升我和寶寶的健康，本人同意臺中市政府衛生局為公共衛生等相關作業用途，蒐集、處理及利用本人之個人資料，並同意衛生人員透過產檢、電訪或到宅訪視等關懷方式，進行「114 年周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」之孕產婦產前及產後衛教指導。

同意書簽署人：_____

機構醫護人員簽章：_____

日期：_____年_____月_____日