**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