

附表 5:

孕产妇妊娠风险评估分级报告单

姓名_____ 出生日期_____ 年龄_____（周岁） 孕周_____（周）

证件号码

家庭住址（或户籍地址）

联系电话（手机，至少填 2 个）

初步诊断

评估时间_____年_____月_____日

评估分级:

☐ 橙色 ☐ 红色

报 告 人

报告机构

报告日期