附件 1

# 增补叶酸预防神经管缺陷项目季度统计表（县级表）

## （ 年 季度）

##  **区/县（盖章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 县市、区 | 死胎和死产数 | 神经管缺陷数 | 新增叶酸应服用人数 | 新增叶酸服用人数 | 叶酸服用依从人数 | 增补叶酸知识调查人数 | 增补叶酸知识知晓人数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 填表机构： 填表日期： 年 月 日