

出生連絡票

新生児訪問希望		有 ・ 無	
保護者	ふりがな氏名	住所	
お母さんのこと	ふりがな氏名	昭和 年 月 日生 (歳) 平成	
	電話番号 (携帯電話など必ず連絡がつくところをご記入ください)		
	妊娠中の異常 なし ・ あり ()		
	分娩中の異常 なし ・ あり () 産後の異常 なし ・ あり ()		
赤ちゃんのこと	ふりがな氏名	男 女	第 子
	(まだついでいない時は未記入のまま申請してください。)		出生体重 g
	令和 年 月 日生	在胎週数 週	
出生時の異常 なし ・ 仮死 ・ 黄疸 ・ その他 ()			
出産場所：		退院予定日	月 日
次回受診予定日 (お母さんや赤ちゃんの健診日が決まっていればお書きください)			月 日
里帰り先住所 (新生児訪問先が自宅以外の方)			
住所：		(方)	
TEL：		滞在期間： 月 日頃まで	
地図 (訪問目標)		育児をされていて、心配な事がありますか？ (母乳・体重増加・湿疹・便秘・授乳・その他)	
※必ず記入してください。			
※ここから下は低体重児 (2500g 未満) で出生された保護者の方は必ず記入してください。 母子保健法第 18 条に基づき、低体重児の出生を届出ます。			
令和 年 月 日			
届出者住所			
電話番号			
氏 名		続柄 ()	
母の個人番号			
児の個人番号			
黒 部 市 長 あて			

