

低体重児出生届

年 月 日連絡

住 所	住民登録を しているところ	川口市				電話番号	()	
	現在いるところ (里帰り先など)					電話番号	()	様方
赤 ち ゃ ん	個人番号 <small>注)</small>			男 ・ 女	出生 日 時	年 月 日		
	ふりがな					午前	午後	時
	氏名			出生時の異常の有無 (○で囲む)				
	出生時の状況	出生順位	出生時体重	1 仮死 2 チアノーゼ 3 黄疸 ^{だん}				
		第 子	g	4 けいれん 5 その他 ()				
未熟児養育医療		(利用なし ・ 申請予定 ・ 申請中 ・ 利用あり)						
お 母 さ ん	個人番号 <small>注)</small>			妊娠中の異常	分娩の経過	妊娠週数	週	
	ふりがな							なし
	氏名	年齢 歳		()	()			
出 産 場 所	(医療機関又は助産所の名称)			医師又は 助産師名				
連絡事項	<p>*赤ちゃんやお母さんのことで、気になることや心配なことはありませんか。 なし・あり ()</p> <p>*赤ちゃん健康や育児について、相談したいことをご記入ください。 ()</p> <p style="text-align: center;">※お急ぎの場合は、お電話でご連絡ください。</p>							

この連絡票をもとに、赤ちゃんやお母さんの健康や育児についてのご相談や訪問を実施しています。

注) 個人番号を川口市が公簿等により照会することに同意する場合には☑してください。 □ 赤ちゃん □ お母さん

【個人情報の取り扱いについて】

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、低体重児出生届で取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。また、家庭訪問や乳幼児健康診査等母子保健サービスを円滑にご利用いただけるよう地域保健センターと情報共有いたします。情報の取り扱いはプライバシーの保護に十分配慮いたします。以上の趣旨をご理解の上、ご署名ください。

届出者署名 _____

児との続柄 _____