

出生連絡票

(連絡日)
年 月 日

～出生後、速やかにお出してください～

この連絡票をもとに、保健師や助産師が訪問し、赤ちゃんの計測のほか、赤ちゃんやお母さんの健康や育児についてのご相談をお受けします。

住所	住民登録をしているところ	川口市			
	現在いるところ (里帰り先など)	電話 ()	母携帯・他()		
赤ちゃん	ふりがな				
	氏 名				
	出生日	年 月 日	出生時の異常(なし・あり)		
	出生時の状況	在胎週数 週 日	出生時体重 g	1 仮死 2 チアノーゼ 3 黄疸 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			
	新生児聴覚検査	実施(パス・リファア) ・ 実施なし ・ 不明			
	お母さん	ふりがな			妊娠中の異常 なし・あり
氏 名	年 月 日生 ()歳		()	()	
出産場所 (医療機関等の名称)			医師氏名 助産師氏名		
連絡事項	* 赤ちゃんやお母さんの健康、育児のことで、気になることや心配なこと、相談したいことをご記入ください。(なし・あり) ※お急ぎの場合は、お電話でご連絡ください。				

法律(母子保健法第18条)により、2,500g未満の乳児を出生したときは、保護者は、速やかに現在地の市町村にその旨届け出ることが義務付けられています。

※個人情報の取り扱いについては、プライバシーの保護に十分に配慮し、健康管理の目的以外には一切使用されることはありません。