

# 出生連絡票

年 月 日連絡

赤ちゃん	ふりがな 氏名				男・女
	生年月日	年 月 日	出生順位 第	子	週 日
	出生時体重	g	出生時身長	cm	
	未熟児養育医療の申請	利用なし	申請予定	申請中	利用あり
	新生児の異常の有無	なし・あり( )			
お母さん	出産場所(施設名)				
	自宅の住所	草加市 マンション名			
	日中連絡のつく電話番号				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	妊娠中の異常	なし・あり( )	分娩の経過	正常・異常( )	

里帰り先住所	里帰りしている方のみ 〒 電話	様方
母子が自宅へ帰る予定日 年 月 日		
自宅に戻る日が「こんにちは赤ちゃん訪問」の時期(生まれ月の翌月下旬頃)を過ぎる場合、予診票等を郵送します。		
郵送先はどちらを希望しますか? <input type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先		

希望する訪問方法に○をつけてください。 ★記入がない場合は②の訪問で伺います★	
<input type="checkbox"/>	①新生児訪問 (自宅) (助産師・保健師・看護師いずれかの専門職による育児相談と体重測定)
<input type="checkbox"/>	②こんにちは赤ちゃん訪問 (自宅) (事前連絡せず直接家庭訪問し、子育てに関する情報提供をします)
<input type="checkbox"/>	③里帰り先の新生児訪問 (里帰り先に依頼する必要があるため、一度ほかほかにお電話ください)
訪問で相談したいこと 心配なこと	お急ぎの場合は、お電話でご連絡ください。

この情報の取り扱い、草加市個人情報保護条例に基づき、適正に行います。