

出生連絡票

年 月 日 連絡

赤ちゃん	ふりがな 氏名				出生順位 第 子
	生年月日	年 月 日	在胎週数	週 日	
	出生時	体重	g	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	なし・あり()			
	氏名			生年 月日	年 月 日
お母さん	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				
	出産場所(施設名)				
	妊娠中 の異常	なし・あり()	分娩の 経過	正常・異常()	

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で伺います)

①新生児訪問 (自宅)

(専門職による育児相談と体重測定)

②こんには赤ちゃん訪問 (自宅)

(事前連絡せず直接家庭訪問 子育てに関する情報提供)

③里帰り先の新生児訪問

(里帰り先市区町村に依頼する必要がありますので、早めに投函してください)

里帰り先 (住所) 〒

様方

(電話)

(里帰り期間) 月 日 ~ 月 日頃

出生連絡票の内容を里帰り先等の自治体へ提供することの同意

同意する (里帰り先等への訪問をご希望の方は✓をつけてください)

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、個人情報保護法に基づき適正に行います。