

## 出生連絡票兼低体重児出生届出書

お子さんの名前(決まっていなければ空欄にしてください)		
		男・女 第( )子
生年月日	年 月 日	(在胎週数 週 日)
-----		
出生時体重	( g )	身長 ( c m )
出生場所(医療機関名: )		
-----		
現在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 出生場所と同じ	退院予定日( 月 日頃)
<input type="checkbox"/> 里帰り先( 月 日頃自宅に戻る予定)		<input type="checkbox"/> その他( )
-----		
お母さんの名前	生年月日	年 月 日
-----		
妊娠中の異常	無・有( )	出産時の異常 無・有( )
-----		
出産後の異常	無・有( )	育児の協力者 無・有( )
-----		
新生児訪問を	希望する(自宅・自宅以外)	・希望しない
-----		
自宅住所	川西市	
		連絡先 ( - - )
-----		
相談したいことをご記入ください。*里帰り先などで訪問希望の方は住所を記載してください		
訪問者	訪問日: 年 月 日	保護者の印
記入欄	訪問者名: 再訪の必要 無・有	またはサイン

お問い合わせは 川西市保健センター 保健師まで(平日9時から17時)

TEL: 072-758-4721 FAX: 072-758-8705