**出生連絡票**　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生児 | ふりがな |  | 生年月日 | R　　　年　　　月　　　日生 |
| 氏名・性別 | （　男　・　女　） |
| 出生時の状況 | 無・有　→　　１仮死　２チアノーゼ　３黄疸　４けいれん　５その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 出生順位第　　　　 子 | 出生時体重ｇ |
| 未熟児養育医療 | 利用なし　・　申請予定　・　申請中　・　利用あり |
| 現在地 | 　　　　　　　　　　県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方 |
| 個人番号 |  |
| 産婦 | ふりがな |  | 妊娠中の異常 | 分娩の経過 | 妊娠週数 |
| 氏名生年月日 | S・H　　　　年　　　月　　　日生 | なしあり(　　　 　) | 正常異常(　　　 　) | 週 |
| 自宅住所電話番号 | 坂戸市　　　　　　　　　　　　　　　自宅TEL：　　　　　　（　　　　） |
| 新生児訪問 | 訪問を希望する住所 | 自宅（上記住所）　・　里帰り先　※里帰り先で訪問を希望される場合市民健康センターへご連絡ください。 |
| 里帰り先住所 | 　　　　　　　　　　県　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方 |
| 里帰りから戻る日 | 月　　　　日 | 産婦連絡先　　　　（　　　） | 里帰り先TEL：　　　（　　　） |

●訪問日の調整のため、事前にお電話をさせていただきます。日中連絡のとれる電話番号を御記入ください。

●この連絡票は、市町村や保健所が、新生児訪問、未熟児訪問などの対象者を把握するために必要なものです。

**出生後、速やかにお出しください。**