**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。**