

# 出生連絡票

No. \_\_\_\_\_

保護者	★この連絡票は赤ちゃんのすこやかな成長を支援するための保健指導に利用することを目的にしています。この連絡票と訪問記録が朝日町に提出・保管されることに同意します。	
	保護者自署	
お母さんのこと	氏名	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
	住所	朝日町 電話番号 — —
	妊娠中の異常	なし あり ( )
	出産時の異常	なし あり ( )
	産後の異常	なし あり ( )
	出産予定日	平成 年 月 日
赤ちゃんのこと	ふりがな氏名	
	生まれた時のこと	平成 年 月 日生 ( 男・女 ) 第 子 出生体重 g 在胎週数 週 日 出生時の児の状態 生産 仮死産 ( )
	出産場所:	退院予定日 ( 月 日)
お母さんと赤ちゃんが病院から直接帰るところ		
住所		
氏名 方 電話( ) —		
いつから 月 日 ~ 月 日頃まで		
地図	困っていること、相談したいこと	
訪問希望 (いずれか○で囲んでください)		有 ・ 無

★新生児訪問を希望される方は、赤ちゃんが産まれてから7日以内に、このハガキを朝日町保健センター宛にお送りください。  
★体重が2,500g未満で生まれた赤ちゃんは、母子保健法で届出が義務づけられています。必ずこのハガキを提出してください。

県内の他市町村または県外へ里帰りされる場合も、朝日町保健センター宛にお送りください。