

# 赤ちゃん訪問連絡票（出生通知票）

赤ちゃんが生後4か月になるまでの間に、助産師・保健師がすべてのご家庭を訪問し、赤ちゃんの健康状態や、育児・産後のご相談等をうかがいます。

[提出日]      年      月      日

乳児	ふりがな 氏名	(男・女)		保護者との 続柄	
	生年月日	年	月	日	保護者氏名
	出生時の 体重	g	在胎週数		出生順位 第 子
産婦	氏名	(      ) 歳			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	出産場所	病院・診療所・助産所・自宅・その他 名称 所在地                      都・道・府・県                      区・市・町・村			
	出産介助者	医師・助産師・その他 <input type="checkbox"/> 印で囲んでください。			
訪問してほしい 場所	自宅・自宅以外（練馬区内） <input type="checkbox"/> 印で囲んでください。 自宅以外の住所				
* 里帰りや長期入院の場合…自宅への帰宅予定日      年      月      日					
電 話 日中の連絡先	自宅	携帯			
保健 相談 所 へ の 連 絡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 妊娠中の心配事など…なし・貧血・妊娠高血圧症候群・     妊娠糖尿（尿糖陽性）・切迫早産・その他（      ）</li> <li>・ 分娩の方法…自然・帝王切開・鉗子・吸引・その他（      ）</li> <li>・ 新生児について…お子様は多胎（双子等）でしたか     いいえ・はい…双子・三つ子・その他（      ）</li> <li>・ お子様のことや産後の生活などについて気になることや相談したい     ことがあればご記入ください。</li> </ul>				
	[      ]				