

出生連絡票（兼 低出生体重児届出書）

母子手帳No.

赤ちゃんのこと	フリガナ				性別	出生順位
	氏名				男・女	第 子
	生年月日	年 月 日	出生時の身長	cm		
	出産した施設名		出生時の体重	g		
	在胎週数	週 日	出生時の頭囲	cm		
	出産予定日	年 月 日	出生時の胸囲	cm		

	氏名		生年月日	年齢
フリガナ			年 月 日	歳
母親				
フリガナ			年 月 日	歳
父親				
住所	〒 -			地区
電話	母の連絡先	- -		
	父の連絡先	- -		

里帰りについて	里帰りを する ・ しない	
	住所	〒 -
	滞在期間	年 月 日 頃まで

妊娠中の異常	なし・あり（ ）
出産時またはその後の異常	なし・あり（ ）
赤ちゃんに関する相談	なし・あり（ ）
お母さんに関する相談	なし・あり（ ）
その他で気になること	なし・あり（ ）
育児について相談する人	いない・いる（ ）

※お子さんが、出生体重2,500g未満の場合、母子保健法第18条により届け出が必要のため、下記に☑を付けてください。

☐低出生体重児の届出

事務処理欄

月 日 来庁者：	特記事項：
☐聴覚検査 ☐2週間健診 ☐1か月健診	
☐システム入力	