

新生児連絡票
(および低体重児出生届)

保護者氏名		母 (歳)		父 (歳)	
電 話		母 - -		父 - -	
赤ちゃんのこと	(ふりがな) 氏 名			第 子	令和 年 月 日生
	出産時の状況	妊娠週数 週 日 体重 g 栄養： 母乳 ・ 混合 ・ ミルク 退院日 月 日 その他			
	出産場所	病院 助産所			
お母さんの産後の体調はいかがですか？		良・不良・治療中 ()			
心配なこと・相談したいことはありますか					
住 所 (自宅)		松本市			
産後に帰るところ (里帰り先等)		月 日頃まで滞在予定 住所 (様宅) ※松本市内の場合は訪問可能です。			

面談の方法 (希望する方法に✓をしてください)

面談の方法	対象者
☐ 家庭訪問	・ 第1子の方 ・ 第2子以降で家庭訪問を希望する方 ・ 出生体重が 2,500g 未満の方 ・ 出産病院から松本市に情報提供する旨の説明があった方
☐ 育児相談	家庭訪問以外の方 希望会場 ☐ 南部保健センター ☐ 北部保健センター ☐ 中央保健センター ☐ 西部保健センター

※ 里帰り先 (松本市外) で新生児訪問を希望される方は、滞在先の市町村に直接お問い合わせください。
 里帰り等でしばらく自宅にいないという方も、おおよその予定を記入して申請してください。

※ 育児相談を希望された場合、変更をお願いすることがありますのでご了承ください。