

出生連絡票

記入日 年 月 日
 記入者 【母・父・その他()】

赤ちゃん	氏名	フリガナ					男・女
	生年月日	年	月	日			
	個人番号						
出産時の様子	出生順位	第 子	在胎週数	週 日			
	出生時体重	g	身長	cm			
	胸囲	cm	頭囲	cm			
	出産病院名	病院・診療所・助産院・自宅					
	退院(予定)日	年	月	日			
母親の健康 状態・経過	妊娠中・産後の異常	特記事項なし・特記事項あり()					
	生まれた時の状況	頭位・骨盤位	経膈分娩・帝王切開・その他()				
		特記事項なし・特記事項あり()					
	生後1週間位の状況	特記事項なし・特記事項あり()					
保護者	母	氏名					
		生年月日	年	月	日	職業	
		個人番号					
	父	氏名					
		生年月日	年	月	日	職業	
		個人番号					
	住所	横須賀市					
	電話番号	自宅:	-	-			
携帯(母):	-	-					
(父):	-	-					
産後の静養先	自宅・自宅外						
	自宅外の方	期間(月 日 ごろまで)					
		住所	様方				
電話	-	-					
母子健康手帳交付時の住所と現住所が違ふ場合は、旧住所をご記入ください。 (転居日) 年 月 日 (旧住所) 都道府県 市区町村 町							
こんにちは赤ちゃん訪問時(新生児訪問時)に相談したいことがあれば、ご記入ください。							