

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)	住所 月 日頃まで滞在予定 (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
<input type="checkbox"/> 家庭訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<input type="checkbox"/> 育児相談	家庭訪問以外の方 希望会場 <input type="checkbox"/> 南部保健センター <input type="checkbox"/> 北部保健センター <input type="checkbox"/> 中央保健センター <input type="checkbox"/> 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。