

赤ちゃん連絡票

～赤ちゃんが生まれた全ての御家庭を訪問します。～

助産師又は保健師が訪問し、赤ちゃんの体重測定、育児相談などを行います。

赤ちゃんが生まれたらこの用紙を記入後、ピンク色の封筒に入れ、ポストへ投函してください（切手不要）。

		記入日	年 月 日			
赤ちゃん 家族情報	赤ちゃん情報	フリガナ 氏 名	生年月日		性別	出生順位
	赤ちゃん		年 月 日		男・女	第 子
	住所	小金井市 町		自宅又は父携帯		
		(マツヨリ名)		母携帯		
	家族情報	フリガナ 氏 名	生年月日		職業等	健康状態
	父		年 月 日 (歳)			良・否
母		年 月 日 (歳)			良・否	

赤ちゃん 誕生 情報	在胎週間	週 日	出生体重	グラム		
	出生場所	都道府県 ()		病院・産院		
	赤ちゃん入院期間	日間・入院中	赤ちゃん退院日	年 月 日		
	入院中医療処置を受けましたか？受けていた場合、該当する項目に○を付けてください。					
	<ul style="list-style-type: none"> ・保育器 ・経管栄養 ・光線療法 ・酸素吸入 ・点滴 ・交換輸血 ・人工呼吸器 ・その他 () ・病名 () 					

※赤ちゃん連絡票を投函後10日前後で、日程調整等の御連絡をします。

※訪問員の携帯番号又はこども家庭センターから電話連絡がありますので、御了承ください。

訪問 情報	訪問希望	年 月頃 (自宅・里帰り先) での訪問を希望します。※訪問は原則、平日です。			
	早期希望	早めの訪問を希望しますか？	はい・いいえ	里帰り先から 自宅に戻る予定日	月 日頃
	里帰り先 情報	里帰り先での訪問を希望する場合のみ御記入ください。こども家庭センターから状況確認の連絡をさせていただきます。訪問まで1か月ほどかかりますので御了承ください。お急ぎの方は健康課へ御相談ください。			
	住所：				
	電話：				(様方)

聞きたいこと、困りごとがあれば御記入ください。	周辺地図（目印となるもの）
次のようなことはありませんか？	
当てはまる項目に○を付けてください。 ・涙もろくなった。 ・気分が沈んでしまう。 ・いらいらする。 ・何もやる気になれない。 ・憂鬱 ・不安で仕方がない。 ・赤ちゃんをかわいいと思えない。 ・その他 ()	

※この用紙で知り得た情報は、母子保健サービス・子育て支援サービス事業以外では利用しません。

問合せ先：小金井市子ども家庭部こども家庭センター母子保健係042-321-6296 処理No.