

# 低体重児届出書

香芝市長 様

届出日 令和 年 月 日

届出者 住 所

氏 名

電話番号

新生児との続柄 ( )

新 生 児	フリガナ											性 別	男・女
	氏 名												
	個人番号												
	生年月日	令和 年 月 日										出生順位	第 子
	出生体重	グラム		在胎週数(月数)				満 週 ( ケ月)					
	出生場所	病院・産院・助産所・その他 ( ) 名称：											
産 婦	フリガナ											生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏 名												
	住 所	TEL											
里 帰 り	里帰り なし・あり ( ケ月くらいまで滞在予定)												
	里帰りの方で、里帰り先で訪問を希望の方は記入をお願いします。 住 所 方 連絡先 TEL												
連 絡 事 項	次の事項のあてはまるところに○をつけてください。												
	1	妊娠中の異常 なし・あり ( )											
	2	分娩中の異常 なし・あり ( )											
	3	新生児の異常 なし・あり ( )											
赤ちゃんが受けた医療：保育器・光線療法・点滴・酸素吸入													
その他 ( )													
4	産後困っていることや心配していること、その他連絡したいことがあればお書きください。												

記入後、返信用封筒に入れ、切手を貼らずにお出してください。

所 長		主 幹		担 当 者	
--------	--	--------	--	-------------	--