

新生児連絡票 (兼低出生体重児届出)

★お問い合わせ先★

泉佐野市 こども家庭課

〒598-8550

泉佐野市市場東一丁目1番1号

TEL: 072-463-1212 (代表)

【 こんにちは赤ちゃん事業 】

泉佐野市こども家庭課では、お子さまの健やかな成長と保護者の皆様の子育てを応援するため、「こんにちは赤ちゃん事業」を実施しています。

生後4か月までの乳児のいるすべてのご家庭を助産師・保健師等が訪問します。

地域の子育てサービスや育児に関する情報をお伝えし、赤ちゃんの体重測定等も行います。

☆ 対象者：生後4か月までの乳児のいるご家庭

出生届を出されたご家庭に生後4か月頃までに訪問します。

☆ 訪問者：助産師等の訪問員 ☆ 料金：無料

※下記の太枠内にご記入ください。この内容は、「こんにちは赤ちゃん事業」の訪問・連絡及び、母子保健法による事業（健康記録カードの作成・低出生体重児出生届・未熟児訪問）の目的に使用させていただきます。

お子さまの氏名 <small>ふりがな</small>	_____			(男・女) 第 子
生年月日	令和 年 月 日	出生体重	g (・2,500g以上・未満)	
出生場所	<small>(病院・助産院・その他)</small>	在胎週数	週	日
保護者さまの氏名 <small>(携帯番号)</small>	母： _____ <small>(携帯番号 - -)</small>	(歳) 父： _____ <small>(携帯番号 - -)</small>	(歳)	
自宅住所 <small>(電話番号)</small>	泉佐野市	ハイツ・マンション名 (_____)	電話番号	- _____
自宅周辺の地図 <small>(建物・病院・駅・店・幹線道路・交差点名など可能な範囲でご記入ください。)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時に駐車できるスペースはありますか？ (有・無) ・表札はありますか (有・無) ・ペットはいますか (いる《 _____ 》・いない) ・ご自宅の目印 (壁や屋根の色など)： 			
里帰りの有無	無・有	(住所： _____)	(期間：令和 年 月 日頃まで _____)	(連絡先電話番号： _____ ・ _____ 様方)
記入者さまの氏名	_____ (続柄 _____)			受付年月日

ご記入ありがとうございました。

訪問日程は、後日ハガキ・電話等でご連絡させていただきます。

こども家庭課利用欄	/ ()	訪問担当
No. _____	・ AM _____ ・ PM _____	

子育て応援ギフト /

説明のみ (母以外来所時)

申請未 (母来所時で書類渡しのみ)

申請済 (母来所時チケット、申請書、添付書類)