

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 健康推進課

〒598-8550

泉佐野市市場東一丁目1番1号

TEL: 072-463-1212

(内線) 2363・2364

【 こんにちは赤ちゃん事業 】

泉佐野市健康推進課では、お子様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・低出生体重児届出・未熟児訪問）の目的に使用させていただきます。

お子様の氏名 <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
保護者様の氏名 <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)			
記入者様の氏名	_____ (続柄)			

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。

健康推進課利用欄	/ ()	訪問担当
No.	・AM ・PM	

受付年月日
子育て応援ギフト /
<input type="checkbox"/> 説明のみ (母以外来所時)
<input type="checkbox"/> 申請未 (母来所時で書類渡しのみ)
<input type="checkbox"/> 申請済 (母来所時ツケト、申請書、添付書類)