

# 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
	赤ちゃん		年	月	日
	住所	小金井市 町	自宅又は父携帯		
		(マンション名)	母携帯		
	家族情報	フリガナ氏名	生年月日		職業等
	父		年	月	日
		(	歳)		良・否
母		年	月	日	良・否
		(	歳)		

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"> <li>・保育器</li> <li>・光線療法</li> <li>・酸素吸入</li> <li>・点滴</li> <li>・交換輸血</li> <li>・人工呼吸器</li> <li>・経管栄養</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・病名 ( )</li> </ul>						

※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健康課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。健康課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？	
<p>当てはまる項目に○を付けてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・涙もろくなった。 ・気分が沈んでしまう。 ・いらいらする。</li> <li>・何もやる気になれない。 ・憂鬱 ・不安で仕方がない。</li> <li>・赤ちゃんをかわいいと思えない。</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	

※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：小金井市福祉保健部健康課 042-321-1240

処理No.