

出生連絡票

赤ちゃんの名 前		ふりがな			男 ・ 女	
生年月日		年 月 日生				
住 所 (アパート・マンション名までお書きください。)		川崎市 区 ※訪問日時について連絡が取れる電話番号およびメールアドレス () 父 ・ 母 E-mail 父 ・ 母				
保護者氏名	父			職業		
		年 月 日生				
	母			職業	住所への帰宅予定日 月 日	
		年 月 日生				
赤ちゃんの生まれた順位		はじめて ・ 回目				
生まれた時の体重		g		在胎週数 週 (カ月)		
新生児聴覚検査		受けた (検査方法: 自動ABR・OAE) 初回検査日 月 日 受けていない		検査結果 右(パス ・ リファアー) 左(パス ・ リファアー)		
希望する訪問の種類		新生児訪問 ・ こんにちは赤ちゃん訪問				
出産の場所: 自宅 ・ 実家 ・ 病院 ・ 診療所 ・ 助産所 ・ その他 住所 名称 退院(予定)日 月 日						