

低体重児出生届

No

令和 年 月 日

赤ちゃんの氏名	男・女 第 子	生年月日	令和 年 月 日
		個人番号	
出生場所	都・道・府・県 市・町・村 (病院・自宅・その他)		
病院名	※出産介助者：医師・助産師・その他		
在胎週数	週 日	出生体重	g
出生時の状況	異常なし・異常あり ()		
妊娠中の経過	異常なし・異常あり ()		
届出者 氏名	父親	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	母親	生年月日	昭和・平成 年 月 日
		(歳)	個人番号
住所	岩倉市 町		
連絡先	— — ※保健センターから連絡をさせていただきますので、必ずつながる連絡先をご記入ください。		
自宅へ戻る予定の日	令和 年 月 日 頃		
◎その他心配なことや相談したいこと、病院からの指導事項がありましたらご記入ください。			

☆保護者の方へ

・出生時の体重が2500g未満の赤ちゃんは、母子保健法で届出が義務付けられていますので、必ず提出してください。 保健師・助産師がご家庭に訪問し、いろいろな相談に応じます。

・この届出は、**岩倉市に住民票をおいている場合のみ**ご利用になれます。太枠の中を記入後、岩倉市保健センターに直接提出していただくか、封書での郵送をお願いします。

・ご不明やご心配な点がありましたら、連絡ください。

《問合せ・提出先》 岩倉市健康福祉部健康課 (岩倉市保健センター)

〒482-0024 愛知県岩倉市旭町一丁目20番地 TEL (0587) 37-3511