

【赤ちゃんとお母さんの連絡票】

該当するものに☑をつけてください

- 母子保健法第 18 条に基づき、**低体重児の出生を届出ます。**
- 母子保健法第 11 条に基づき、**新生児等訪問指導を申し込みます。**

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

赤ちゃん	ふりがな 氏名		個人番号 (マイナンバー)		
	住 所 地 (住民票所在地)	岡崎市			
	生 年 月 日	年 月 日	出生順 第 子		
	出生時の状態 <small>母子健康手帳の(出産の状況を参考にご記入ください。)</small>	妊娠期間 妊娠 週 日	性別 男 ・ 女		
		体重 g	身長 cm		
		出産場所 () 産婦人科・病院・助産所 出産場所の所在地 (都・道・府・県)			
		NICU入院 なし・あり 保育器使用 なし・あり アプガー 1分 点・5分 点 酸素吸入 (なし・あり)			
新 生 児 聴 覚 検 査	結果 : 異常なし(Pass) ・ 要再検 (Refer:右・左) ・ 不能 検査方法 : AABR ・ OAE				
お母さん	ふりがな 氏名		個人番号 (マイナンバー)		
	生 年 月 日	S ・ H 年 月 日			
	電 話 番 号 <small>(日中に必ず連絡がとれる電話番号)</small>				
	妊娠中の異常	なし あり			
	分 娩 の 経 過	経膈分娩・帝王切開・その他 ()			
訪 問 先	住所地・里帰り先・その他 () ※訪問できる場所は岡崎市内に限ります。				
	訪 問 先 所 在 地 <small>(住所地と同じ場合は記入不要)</small>	岡崎市			
	世 帯 主 名				

※平成 28 年 1 月よりマイナンバー制度が開始され、低体重児出生届や保健指導のためにマイナンバーの提示が必要となりました。

※赤ちゃんの個人番号 (マイナンバー) が通知されていない場合は記入不要です。