

出生児状況届出書

太枠内を記入し、出生届出の際『こども課』に提出してください。（分娩状況・出生状況等は母子健康手帳を見てご記入ください）
この届出は、母子健康法第18条に基づく低体重児の届出を兼ねています。

受付： 年 月 日 来所者： _____

地区： _____ 地区担当： _____

個人コード： _____

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日		
児氏名		男女	第〇子	第 子（単子・双子）		
居住地		(〒) 市		電話番号	自宅： 携帯： (母・父)	
母子健康手帳番号		出産予定日		年 月 日		
分娩状況	妊娠期間	週 日	分娩所要時間	時間 分		
	分娩経過	頭位・骨盤位・その他 ()	出血量	少量・中量・多量 (ml)		
	特記：帝王切開・前置胎盤・胎盤早期剥離 微弱陣痛・児頭骨盤不均衡・前期破水 血液不適合・その他 ()		出産場所 <small>病院・助産院・自宅出産の別</small>	所在地：		
出生状況	計測値	体重	g	出生時異常	無 有	高ビリルビン血症・呼吸の障害 低血糖症・胎児発育不全 その他 ()
		身長	cm		管理・治療	無 有
		胸囲	cm	新生児聴覚検査		未・済
		頭囲	cm			
出産後の生活	退院・入院の別 現在の状況をご記入ください。		自宅地図 乳児家庭全戸訪問時に使用します。			
	退院・入院中 (月 日退院予定・未定)		* 乳児家庭全戸訪問の時期は生後2か月頃です。訪問日を調整するため、健康推進課から記載の電話番号にご連絡いたします。			
	里帰り先					
里帰り予定期間：		月 日 ~ 月 日				
住所：		() 様宅				
電話番号：						
上記のとおり届出いたします。				年 月 日		
那珂市長様				届出人氏名： _____ 児との関係： _____		
				電話番号： _____		

*健康管理のために使用するものです。それ以外の目的では使用しません。

処理日

家族状況について *続柄はお子さんから見てのもので。お子さんを除いて一緒に住んでいるかたをご記入ください。

続柄	ふりがな 氏名	生年月日	年齢	出身地	喫煙	職業	母の職業有の場合 育児休暇予定	
母					有・無			
父					有・無		お子さんのみ記入 在胎週数 出生体重	
					有・無			
					有・無			
					有・無			
					有・無			
					有・無			
					有・無			
					有・無			
家族形態		核家族 ・ 同居（父方・母方） ・ 敷地内同居						

現病歴について *治療の有無と治療中のものに○を付けてください。

母	無・有	心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・こころの病気（ ）・その他（ ）
父	無・有	心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・こころの病気（ ）・その他（ ）
母方	祖父	無・有 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・こころの病気（ ）・その他（ ）
	祖母	無・有 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・こころの病気（ ）・その他（ ）
父方	祖父	無・有 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・こころの病気（ ）・その他（ ）
	祖母	無・有 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・こころの病気（ ）・その他（ ）

母の妊娠中・産後の状況 *母子健康手帳の記載内容をご参照ください。

妊娠中の異常	無・有	貧血・高血圧・尿蛋白・尿糖・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病 切迫流産・切迫早産・その他（ ）
産後の異常	無・有	貧血・高血圧・尿蛋白・その他（ ）
妊娠中の体重 増加量	kg増加（身長 cm・妊娠前体重 kg・出産時体重 kg） <small>減少した場合は数字の前に-記号を入れてください</small>	
授乳について	母乳・ミルク・混合・その他（ ）	

市では生後2か月頃に乳児家庭全戸訪問を行います。その前に相談を希望するかたは口に✓をいれ、相談したい内容を書ける範囲でご記入ください。保健師または助産師よりお電話いたします。

相談を希望する（連絡先が表面と異なる場合はご記入ください： ）

相談内容