

低 体 重 児 出 生 届

	氏 名	男・女 第 子(双子・単子)		
赤 ちゃん の こ と	出生月日	年 月 日	個人番号	
	出生時体重	g		
	在胎週数 (妊娠週数)	満 週	現在入院中・既に退院した (いずれかに○印をつけてください。)	
	出生場所 (施設名とその 住所)	入院中の場合、退院予定日 年 月 日 (電話)		
お 母 さ ん の こ と	氏 名	満年齢 歳		
	生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
	妊娠中の異常	無・有()		
	分娩時の異常	無・有()		
そ の 他 参 考 事 項	出生後の状況	保育器使用 使用している・使用していた・使用しない 栄養方法 母乳・ミルク・混合・ その他()		
	母と子の退院先	住 所 電話 — —		
	里帰りの場合、 自宅に戻る日	年 月 日頃		
	1 育児について相談する人がいますか。		はい・いいえ	
2 今、不安なこと、心配なことがありますか。		はい・いいえ		
(「はい」の場合、どのようなことですか。差し支えなければ下記にご記入ください。)		()		
茨城町長 宛	年 月 日			
	保護者 住 所	電 話 — —		
	氏 名	赤ちゃんとの関係()		