

# 【母子保健サービス登録票】

台帳No \_\_\_\_\_

母子健康手帳番号 \_\_\_\_\_

この母子保健サービス登録票は皆様に母子保健サービスを円滑に提供するために活用しております。太枠内をご記入の上、出生後おおむね14日以内に郵送または健康増進課窓口へ必ずご提出下さい。

この登録票をもとに専門職がご自宅へ新生児訪問を行い、お子様のご様子や心配事等をお伺いしております。

**出生体重が2,500g未満のお子様については本票をもって「低体重児出生届」とします。**

(裏面も必ずご記入ください)

※太枠の中をご記入ください。

住所	鎌ヶ谷市		電話	父 ( )
			母 ( )	
			他 ( )	
新生児	ふりがな		出生場所	
	氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日	第 子	在胎週数 週 出生体重 g
	治療・処置等			
保護者	ふりがな		妊娠の経過	分娩の経過
	父氏名		順調	経膈分娩
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	切迫流早産	帝王切開
	母氏名		貧血(治療済・内服中・改善)	その他:
生年月日	年 月 日 ( 歳)	妊娠高血圧症候群(治療済・内服中・改善)		
		その他:		
里帰り先住所			様方	電話
※里帰りされる方のみ				
<p>あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、「あり」の場合は [ ] 内のご記入もお願いします。</p> <p>・育児を一緒に行ったり、サポートしてくれる人はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 父 母方両親 父方両親 兄弟姉妹 }</p> <p>その他: { }</p> <p>・心配な事や相談はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { 赤ちゃんのこと }</p> <p>{ お母さんのこと }</p>				
<p><b>【里帰り先で新生児訪問を希望の場合】</b></p> <p>里帰り先での訪問が可能かどうかを確認させていただきますので、健康増進課までご連絡ください。</p> <p>里帰り先での訪問が可能な場合、後日鎌ヶ谷市から訪問依頼書を送り情報提供を致しますので、下記に承諾のご署名をいただき、鎌ヶ谷市役所にご郵送もしくは、健康増進課にご提出ください。</p> <p style="text-align: right;">ご署名 _____</p>				
来所日	担当者記録欄			来所者
				担当者

問い合わせ先 鎌ヶ谷市役所健康増進課 母子保健係 TEL 047-445-1393 (直)

※裏面もご覧ください。