

赤ちゃん訪問連絡票 生まれたらすぐにお送りください

※この連絡票は『低体重児届出書（三田市母子保健規則第2条関係）』を兼ねます。出生時体重が2,500g未満の赤ちゃんは、必ず提出してください。

ふりがな 届出者氏名 (保護者名)	※赤ちゃんとの続柄 ()	提出日 年 月 日
ふりがな 赤ちゃんの氏名	赤ちゃんの生年月日 H 年 月 日生 男・女 第 子	
ふりがな お母さんの氏名	お母さんの生年月日 S・H 年 月 日 () 才	
現住所		
連絡先	— — *日中に連絡が取れる電話番号を必ずご記入下さい。	
出産場所	名称： (病産院・助産院・その他)	
	分娩取扱者氏名 () 医師・助産師・その他	
出産時の異常	なし・あり (帝王切開・吸引分娩・その他) 特記事項 ()	
生まれたときの様子	体重 () g 身長 () 在胎週数 () 週 () 日	
赤ちゃん訪問の利用について	※いずれか1つを選んで○を付けてください。(出生時体重が2,500g未満の赤ちゃんは、保健師・助産師による新生児訪問にて対応させていただきます。) 新生児訪問 ・ こんにちは赤ちゃん事業	
※心配なことや質問等があればお書きください。		

※この連絡票により得た個人情報は、三田市個人情報保護条例に基づき適切に取扱い、訪問の対象となる赤ちゃん及びその家庭に対する子育て支援以外に利用しません。

※訪問を希望しない場合でも、後日連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

☆訪問希望時期と場所についてご記入ください。

届いてから多少時間がかかる場合がありますので余裕を持ってご記入ください。この連絡票に、ご記入頂いた希望時期の少し前にこちらからご連絡させていただきます。

【訪問希望時期】

・ _____ 月 (上旬・中旬・下旬)

【訪問希望場所】 どちらかに○をつけてください。

- ・ 上記の現住所
- ・ 里帰り先 (住所： _____ () 様方
里帰り期間 (月 日頃まで)

※ご希望の訪問先がご自宅と異なる場合はその住所をご記入ください。ただし、市外となる場合は新生児訪問でのご利用となります。また、依頼先市町村によっては、対応できない場合もありますのでご了承ください。

この連絡票は下記のいずれかの窓口に直接、又は郵送・FAXでご提出ください。

《 窓口・郵送・FAXでの提出 》

○三田市子育て世代包括支援センター
(チャッピーサポートセンター(健康増進課内))
TEL 079-559-6288 FAX 079-559-5705

○健康増進課保健係
〒669-1514三田市川除675
三田市総合福祉保健センター2階
TEL 079-559-5701 FAX 079-559-5705
注) FAXの誤送信にお気をつけください。

《 窓口で直接提出 》

○子育て情報ひろば
多世代交流館ふらっと
三田市弥生が丘1-1-2
サンフラワービル2階

○健やか育成課
三田市役所
本庁舎2階
三田市三輪2-1-1