

# 出生連絡票

出 生 児	ふりがな 氏名			(男・女)	
	生年月日	年	月	日生	出生順位：第 子
	出生時体重			g	退院予定日： 月 日
	出生時の異常	なし・あり ( )			
産 婦	ふりがな 氏名			( 歳)	
	妊娠期間	妊娠		週 (第 月)	
	産前産後 の病気	なし・あり ( )			
	退院(予定)日	年	月	日	
	自宅住所	世帯主		☎	
	退院先住所 (自宅以外の場合)	世帯主		☎	
		( 年 月 日ころまで滞在予定)			
	産婦さんと連絡できる電話番号				
出産した場所					
分娩取扱者		医師：		助産師：	
助産師等による 訪問指導の希望		・あり <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span> 相談したいことなど (差し支えなければ記入してください)			
(いずれかに○印を 付けてください)		・なし <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span>			