

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住  所 | | 和気町  **和気町出産連絡票　受付日：**  （コーポ・アパート名・号室） | | | | | | | | | |
| 母氏名 | | |  | | | 父氏名 | |  | | |
| **子ども** |  | | | 男・女 | | | | | | 第（　　）子 |
| 出生 | | | 令和　　年　 　月 　　日（妊娠　　　　週　　 日） | | | | | | |
| 体重 | | | ｇ | | | 身長 | | cm | |
| 胸囲 | | | ㎝ | | | 頭囲 | | cm | |
| 先天性代謝検査 | | | | 未・実施(R　　．　　．　 ) ➜異常なし・経過観察 | | | | | |
| 新生児聴覚検査 | | | | 未・実施(R　　．　　．　 )  初回：右(ﾊﾟｽ・再検査)/左(ﾊﾟｽ・再検査) | | | | | |
| 退院日 | | | (母）令和　　年　　月　　日　(子)令和　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| **赤ちゃん訪問について** | 産後の  母の  滞在先 | | | ・上記と同じ  ・里帰り・・期間（　　　　　　　　　　）頃までの予定  （　　　　　　）都道府県　(　　　　　　　　)市町村  　　　和気町（　　　　　　　　　　）（　　　　　　様方） | | | | | | |
| ☎ | | | 母携帯：　　　－　　　　－  希望連絡時間帯（特になし・午前中・午後） | | | | | | |
| 場所  時期 | | | 場所：自宅・里帰り先・後日(母と連絡をとって)決める  時期：（　　　　　）頃・後日(母と連絡をとって)決める | | | | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | |

**妊娠おめでとうございます**

妊娠おめでとうございます。　ほっとされる気持ちと今から出産までの間のことで期待と不安もあるかと思います。おなかの赤ちゃんと、お母さんが健やかにお過ごしになられるようにと願っております。

和気町では、赤ちゃんの健やかな成長と、お母さんの育児のサポートのために、妊娠中の教室へのご案内や、お子さんの健診・家庭訪問・育児相談などを行っています。これからよろしくお願いいたします。

少し先のことですが・・・出産後には、みなさまのお家に保健師が訪問し、体重測定や育児相談、予防接種の説明などをさせていただきます。

出産後に右側の連絡票を記入し、ご提出ください。（出産後の手続きで役場に来られる時にお渡しください。）この連絡票をもとに保健師から連絡させていただきます。

何か気になることがあればお気軽にご相談ください。

和気町　　こどもまんなか支援室

☎０８６９－９３－０５３１

健康福祉課　保健師

☎０８６９－９３－０５３１