表面

【母子保健サービス登録票】

受付 No.　　／　／

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させていただいています。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、健康増進課窓口に必ずご提出下さい。
あわせて、窓口や電話にてお子さんのご様子や心配事等を確認させていただきます。
また、市ではこの登録票をもとにご自宅へ専門職が訪問させていただいております。

出生体重が2,500g未満のお子さんについては、本票をもって「**低体重児届**」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。

保護者	住所	鎌ケ谷市　　アパート、マンション名（　　）						
	氏名		子との続柄		保護者の年齢	歳	電話	
あかちゃん	里帰り先の住所 ＊里帰りされる方のみ記入	都・道府・県　区・市郡　町・村　（　　様方） 電話（　　）						
	ふりがな		性別	男・女	出生年月日	令和　年　月　日		
	氏名							
	出生時の状況	出生時体重	出生順位	仮死		黄疸	その他の異常	
		g	第　子	あり・なし		普通・やや強度・強度	.あり・.なし	
お母さん	ふりがな		妊娠中の異常	分娩の経過		在胎週数		
	氏名		なし あり（　　）	正常 帝王切開・吸引・鉗子 その他（　　）		満　週		
	生年月日	S・H　年　月　日（　歳）						
	母の連絡先（電話番号）		出産場所（病院・診療所・助産所等）					

お母さんとあかちゃんのご様子をお聞かせください。
あてはまるものに ☑をつけ、「あり」の場合は〔　〕内のご記入もお願いします。

・育児に協力してもらえる人はいますか。　□なし　□あり（父　母方両親　父方両親　兄弟姉妹　その他：）

・あかちゃんのことで、心配な事や相談はありますか。　□なし　□あり（具体的に：）

・現在、お母さんの心配事や困っていることがありますか。　□なし　□あり（授乳について　上の児への対応　涙もろくなった　イライラする　眠れない　体調がすぐれない　その他：）

・母子健康手帳は鎌ケ谷市で交付したものですか。　□はい　□いいえ　⇒（鎌ケ谷市に転入した時期　年　月頃）

・その他、ご心配や相談したいことがあればご記入ください。〔　　〕

来所日	担当者記録欄	来所者 担当者
新生児訪問担当者記録欄		

【里帰り先で新生児訪問を希望の場合】

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。
里帰り先での訪問が可能な場合、後日鎌ケ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、鎌ケ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。

ご署名

問い合わせ先：鎌ケ谷市役所健康増進課　母子保健係　TEL　047－445－1141（代）　047－445－1393（直）

＊裏面もご覧ください。