



**壬生町お誕生連絡票**

壬生町では、お子さんの健やかな成長を願って、保護者の方が安心した子育てができるよう、赤ちゃんの生まれたご家庭に対し、電話や訪問等による支援を行っています。この連絡票をもとにすべての方に対し、町のスタッフ（保健師・助産師）が訪問を行います。

お子さんが生まれましたら必ずこの票をご記入いただき、出生届の手続きの際にこども未来課又は各出張所へ必ずお持ちください。

記入日：令和 年 月 日

ふりがな			
お子さんの氏名 男・女	お父さんの氏名	( ) 歳	
	お母さんの氏名	( ) 歳	
生年月日	令和 年 月 日 (第 子)	個人番号	
お子さんからみた同居のご家族	父・母・兄 ( 人 ) ・姉 ( 人 ) ・祖父・祖母・その他 ( )		
住 所	壬生町		
連絡先	日中、連絡のとれる電話番号：自宅・携帯（母）・里帰り先・その他 ( ) ( )		
	※里帰りされている方はご記入ください 〒 様方 里帰り先の住所 :		
	里帰り予定：令和 年 月 日頃まで		
お子さんの様子	在胎週数	出生体重	出生した医療機関
	週 日	g	
	新生児聴覚検査 実施 ・ 未実施	退院日 月 日	次回健診日 月 日 ( 健診)
相談したいことがありましたらご記入ください。			
備 考	来庁者 ( )		

☆ 訪問の日時につきましては、後日担当者がご連絡しますのでお待ちください。

☆ 生まれたときの体重が2,500g未満の赤ちゃんを低出生体重児といいます。

この連絡票は母子保健法で定められている「低出生体重児出生届出票」を兼ねます。



裏面もご記入ください。

# 育児支援チェックリスト

記入日：令和 年 月 日 記入者氏名：

あなたへの適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えの方に、○をしてください。

1. 今回の妊娠中におなかの赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があると言われていましたか？  
はい                      いいえ
2. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんをなくされたことがありますか？  
はい                      いいえ
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？  
はい                      いいえ
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。
  - ① 夫には何でも打ち明けることができますか？  
はい                      いいえ                      夫がいない
  - ② お母さんには何でも打ち明けることができますか？  
はい                      いいえ                      実母がいない
  - ③ 夫やお母さんのほかにも相談できる人がいますか？  
はい                      いいえ
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？  
はい                      いいえ
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？  
はい                      いいえ
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか？  
はい                      いいえ
8. 赤ちゃんが、なぜむすかったり、泣いていたりしているのかがわからないことがありますか？  
はい                      いいえ
9. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？  
はい                      いいえ