

第1号様式（第2条関係）

低体重児出生届

届出日 年 月 日

乳 児	ふりがな			性 別	男・女
	氏 名				
	出 生 日	年 月 日			
	出 生 場 所				
	出 生 時 の 体 重	g	出 生 順 位	第 子	
産 婦	氏 名			年 齢	歳
	住 所				
	電 話 番 号	(自宅)	—	—	
		(携帯)	—	—	
	分 娩 時 の 妊 娠 週 数	週 日			
届 出 者	住 所				
	氏 名			乳 児 と の 続 柄	
医 師 の 指 導 { 1 あり (内容) { 2 なし					
心配なことや気になることがあれば、ご記入ください。 ()					
希望する訪問時期： <input type="checkbox"/> できるだけ早い時期 (ころ) <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> その他 ()					
訪問希望先が上記の住所以外の時は、ご記入ください。 住 所： 連絡先：					