

## 低 体 重 儿 出 生 申 报

乳 儿	假名 姓 名		个人 号码	
	现 地 址	邮 编 号 码 (电 话		
	出生地点 (医疗机构名称)	(电 话		
	出生日及时间	年      月      日	上 午 下 午	点      分
	怀胎周数 (怀孕期间)	周      日	第      胎、单胎 / 多胎(      胎)	
	出生时的体重	克	厘米	性 别
产 妇	假名 姓名以及年龄		个人 号码	
	住 所 地 (住民票所在的地点)	邮 编 号 码		
	居 住 地 点 (与地址不同的场合)	邮 编 号 码		
	可以联系的电话号码			
参 考 事 项	(孩子的状态或担心的事情, 请填写想咨询的内容)			
<p>根据母子保健法第18条, 提交低体重儿出生报告。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">提交者地址      邮 编 号 码</p> <p style="text-align: center;">电 话 号 码</p> <p style="text-align: center;">姓      名 (签字或记名盖印)</p> <p style="text-align: center;">与乳儿的关系</p> <p style="text-align: right;">先生/女</p>				

### 记载上的注意

- 「现地址」的一栏, 请填写现在所在的地址。如果是在住院等的时候, 请填写医院的地址。
- 「住所地」的一栏, 请填写住民票上写的地址。
- 「居住地」的一栏, 请填写现在居住的地址。如果是回老家等的情况, 请填写老家的地址。

### 备注

- 低体重儿指的是, 出生时的体重低于2500g的乳儿。

地图 (访问时作为标准)