



ポルトガル語

Parabéns pela sua gravidez!

Parabéns pelo nascimento de seu bebê

(e formulário de relatório de nascimento de bebê de baixo peso)

Na cidade de Hekinan, quando um bebê nascido na cidade completa dois meses de idade, uma enfermeira de saúde pública faz uma visita domiciliar como parte do programa "Parabéns pelo Nascimento do Seu Bebê". (Implementado de acordo com o Artigo 6-3, Parágrafo 4 da Lei de Bem-Estar Infantil)

Se você é um residente da cidade de Hekinan e **deseja registrar o nascimento na prefeitura de Hekinan**, por favor, **envie também o formulário de contato à direita**. Em particular, **os bebês nascidos com peso inferior a 2.500g (bebês de baixo peso ao nascer)** são obrigados a se informar nos termos da Lei de Saúde Materna e Infantil (Artigo 18), pois eles precisam ser devidamente considerados em termos de seu ambiente de vida e prevenção de doenças. Por favor, use o formulário de contato à direita para informar um bebê de baixo peso ao nascer.

Para garantir o crescimento saudável dos bebês, enfermeiras de saúde pública e outros profissionais de saúde visitam os bebês dentro de 28 dias após o nascimento para dar apoio ao seu desenvolvimento, nutrição e cuidado infantil.

※Se você deseja registrar seu nascimento fora da cidade, por favor, faça-o por correio ou telefone.

※As inscrições também podem ser feitas na Seção de Cidadão da Prefeitura de Hekinan.

※Favor verificar as seções "Curso de gravidez" e "Estado do parto" na Caderneta de Saúde Materna e Infantil antes de preencher o formulário.

※Não utilizaremos seus dados pessoais para nenhum outro propósito.

【Notificação e contato】 Centro de Saúde de Hekinan

〒447-0855 Hekinan-shi Tenno-machi 1-70

TEL0566 - 48 - 3752

CONTACT LINE

赤ちゃん お誕生 おめでとう訪問 連絡票 (低体重 届出兼)

Parabéns pelo nascimento de seu bebê

(e formulário de relatório de nascimento de bebê de baixo peso) (Formulário 1)

Reiwa ano mês dia
令和 年 月 日
Caro prefeito de Hekinan
碧南市長 殿

Endereço :

Nome :

A relação com o bebê :

Apresento, por meio deste documento, a seguinte notificação.

Bebê	ふりがな : NOME :	(___° filho(a))		
	Data de nascimento	Reiwa ano mês dia 令和 年 月 日	Número de semanas de gravidez	semanas dias 週 日
	Peso ao nascer	g	Sexo	Masculino 男 Feminino 女
	Local de nascimento (Nome do hospital)		Data da alta (Data prevista)	Reiwa ano mês dia 令和 年 月 日 (月 日・未定)
Mãe	ふりがな : NOME :			
	Data de nascimento	Shōwa Heisei ano mês dia 昭和・平成 年 月 日		
	Endereço	〒 (TEL)		
Dados de contato	(1) Favor fazer um círculo (○) em torno de tudo o que se aplica.			
	① Anormalidades na gravidez		Não・Sim ()	
	② Anormalidades durante o parto		Não・Sim ()	
	③ Anormalidades no bebê		Não・Sim ()	
(2) A mãe tem algum problema ou preocupação?				
(3) Você tem alguma dúvida ou preocupação com o bebê ou com a criação?				
(4) Outros				
※Se você estiver retornando à outra cidade ou outro local diferente de seu endereço atual, favor fornecer seus dados de contato abaixo.				
(Endereço _____ 県 _____ 市 _____ 様方 TEL)				