様式８（未熟児出生連絡票 （医療機関NICU等　→　市町村）） 奈 　 良　　県

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児の氏名 | 年　 　　月　　　日生 （第　 子）  単胎・多胎（　　　 　　子中　　　　　　　子） | | |
| 父 母 の  氏 名 | 父 　　　 （　　　　　歳） 家族構成  （同居家族等）  母　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳） | | |
| 住　　所 | 電話  ＊退院後の連絡先(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 出生時の状 況 | 出生場所： 当院　・　他院（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  在胎週数：（　　　　　　週　　　　　　日　） 出生時体重（　　　　　　　　　　ｇ）  分娩様式等：（　頭位 ・ 横位 ・ 骨盤位 　）　　（　自然 ・ 鉗子 ・ 帝王切開　）  出生時の特記事項：  妊娠中の異常の有無：　無　・　有（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 入院中の経 過 | 入院期間：　　　　 　年　 　　月　 　　日　～　　　　 年　　 　月　 　　日  保育器収容日数：（　　　　　　　　日）  診断名：    けいれん： 無 ・ 有　　　　　　　　（生後　 　 　 　　日　～　　　　 　 日）  呼吸障害： 無 ・ 有 ＊酸素使用　　（生後　　　 　　　日　～　　　　　　 日）  ＊人工換気療法（生後　　　 　　　日　～　　　　　　 日）  黄疸治療： 無 ・ 有 ＊光線療法 （　　　日／　　） ＊交換輸血（　　 　　日）  眼底所見： 無 ・ 有 ＊網膜症治療： 無 ・ 有  臨床経過：  新生児聴覚検査結果（　　　年　　月　　日実施）：右（ﾊﾟｽ・ﾘﾌｧｰ）　左（ﾊﾟｽ・ﾘﾌｧｰ）  先天性CMV感染症検査結果（　　　年　　月　　日実施）：（　陽性　・　陰性　）  その他の合併症： | | |
| 退院時の状 況 | 体　　重：（　　　　　　　　ｇ）  哺乳状況：　母乳 ・ 混合 ・ 人工（　　　　　　ml×　　　　　　回）  　　　　　＊ミルクの増やし方：普通でよい（　　　 　　　　　　　　　　　　　 ）  注意を要する（　　　 　　　　　　　　　　　　 ）  退院処方： 無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）  退院指導（注意を要すること）：  フォローアップする医療機関：　当院　・　他院（　　　 　 　　　　　　　　　　） | | |
| 予測される問題点（養育状況等） | | 市町村で行ってほしい指導（個別の状況） | |
| 備　　考 | 医療受給制度の有無： 無 ・ 有 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  次回の当院受診予約日：（　　　　月　　　日　・　診療科　　　 　　　　　　　） | | |
| 上記のとおり連絡します。 　　　　　 年　　　月　　　日  医療機関住所・名称  診療科  市町村長　殿 電話  　　　　　　　　　　　　　　　主治医名 　 印    受け持ち看護師名 | | | 入院中の主治医  外来（担当）主治医 |
| 保 護 者  記 入 欄 | 本連絡票を市町村へ送付することに同意します。 ※署名または記名･捺印    保護者住所 　 保護者氏名 | | |