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 |