

未熟児出生連絡票 (医療機関 → 市町村)

奈良 県

児の氏名	平成 年 月 日生 (第 子) 単胎・多胎 (子中)	
父 母 の 氏 名	父 (歳) 母 (歳)	家族構成 (同居家族等)
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：平成 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： 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。 市町村長 殿 医療機関住所・名称 診療科 電話 主治医名 印		平成 年 月 日 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。 保護者住所 保護者氏名 *署名または記名・捺印	