

様式9 (未熟児出生連絡票 (医療機関 NICU 等 → 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) 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: 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: 新生児聴覚検査結果 (H 年 月 日実施): 右 (パス・リファ) 左 (パス・リファ) 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。	平成 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	