別記様式（第３条関係）

未熟児等出生連絡票

　　　　年　　月　　日

丸亀市長　　　宛

医療機関名

主治医

次の児について、今後の支援が必要なため連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな児の氏名 | 　　　男・女　　カルテ番号　　　年　　月　　日生　第（　　）子　　　単胎・多胎（　)子中(　)子　　 |
| ふりがな父の氏名 | （　　歳） | ふりがな母の氏名 | （　　歳） |
| 住所 | 丸亀市　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯℡番号退院後の住所（里帰り等）℡　　　　　　　　　　　　 |
| 出生時の状況 | 出生場所：当院・(　　　　　　)病院 　　在胎：（　　週　　日）体重（　　　 　　）ｇ　分べん様式等：頭位、横位、骨盤位　　　　 自然.吸引.鉗子.帝王切開(適応　　　　　）出生時の特記事項：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）アプガースコア　１分（　　）点　5分（　　）点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（　　日間） 　呼吸障害：無・有…酸素使用：生後（　 日間）人工換気療法：生後（　　日間）黄疸治療：無・有…光線療法：（　　）日／交換輸血：（　　）回眼底所見：無・有…網膜症治療：無・有 　 輸血治療：無・有　　電解質治療：無・有その他の合併症：無・有（　　　　　　　　　　　）その他の検査：治療状況： |
| 退院時の状況 | 退 院 日：　　　　年　　月　　日体重：（　　　　）ｇ哺乳状態：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（　　　　　　　　　　　）その他の一般状況： |
| 主な退院指導内容 | 予測される問題点 | 市で行ってほしい指導* 育児に対する精神的支援
* 育児指導　　　□発達チェック
* 服薬指導　　　□その他
 |
| フォローアップする医療機関 | ・当院　（外来担当（主治）医　　　　　　　　　　　　　）（次回の当院受診予約日　　　　　　　　月　　　　日）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所） |

記載日（　　　年　　月　　日） 　記録者（医師　　　　　　　　　・看護職　　　　　　　　　）

※　本連絡票を丸亀市に送ることについては、保護者の了解を得ております。