

市町村長 様

医療機関名
電話番号
主治医

未熟児出生連絡票(医療機関 → 市町村)

今後の保健指導をお願いいたしたく連絡いたします。

ふりがな 児の氏名	男 ・ 女		年 月 日生	第()子 ()子中()子
父母の名	父 ()歳	母 ()歳		
住所地	電話番号 ()			
母の居住地 (住所地と異なる場合)	日中連絡がつく電話番号 ()			
状況	出生場所 当院 ()週()日 ()病院 在胎 ()g 身長 ()cm 体重 ()g 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:()回 眼底所見 : 無 ・ 有 ……網膜症治療 : 無 ・ 有 その他の合併症			
退院時の状況	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 在宅での継続医療: 人工呼吸管理、 経管栄養、 その他() 退院処方: 無 ・ 有() フォローアップする医療機関: 当院 ・ ()病院、診療所			
主な退院指導内容(緊急時の対応)				
行ってほしい保健指導や支援の内容				
特記事項				
入院中の主治医			外来担当(主治)医	
次回受診予定日(月 日)			記録日(月 日)	

※本連絡票を市町村に送ることについては、ご両親(父 ・ 母)の了解を得ております。

注:住所地欄には、児の退院後の居住地を記載すること。