

## 要支援乳児訪問等結果連絡票 (市町村 → 医療機関)

医療機関名

発送日

年

月

日

主治医

様

市町村名

訪問実施保健師名

電話番号

要支援乳児の訪問等結果について、下記のとおり連絡します。

|                       |                                                             |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|
| 要支援乳児氏名               |                                                             | □男・□女                                                                                                                                                            | 生年月日    | 年           | 月                                                                                                                                                                                                                                       | 日     | 第 | 子 |
| 父母の氏名                 | 父                                                           | ( ) 歳                                                                                                                                                            | 母       | ( ) 歳       |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 住 所<br>(住民票上)         |                                                             |                                                                                                                                                                  | TEL     |             |                                                                                                                                                                                                                                         | 母携帯   |   |   |
| 居住地(上記と異なる場合)         | ( 様方) 滞在期間 頃まで (TEL)                                        |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 出生場所                  |                                                             |                                                                                                                                                                  | 在胎週数    | 週           | 日                                                                                                                                                                                                                                       | 出生時体重 | g |   |
| 把握経路                  | □連絡票(把握 年 月 日)・□出生届(把握 年 月 日)・□その他(□低体重児出生届・□未熟児養育医療・□その他 ) |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 訪問年月日                 | 年 月 日 [月齢 (修正月齢 ) ]                                         |                                                                                                                                                                  |         | 出産予定日 年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 訪 問 時 況 状             | 児の現病: □無・□有( )                                              | ・体重 ( g ) ・1日体重増加量 ( g )<br>・栄養: □母乳 回/日 ・1回あたり 分位 (□直母・□搾乳)<br>□ミルク ml × 回<br>哺乳力: □良・□不良( )<br>・排便: 日 回<br>・機嫌: □良・□不良<br>・黄疸: □無・□有<br>・湿疹: □無・□有<br>・その他 ( ) |         |             | <発達><br>・光の反応 (□有・□無)<br>・凝 視 (□+・□-)<br>・追 視 (□左右・□上下)<br>・音の反応 (□+・□-)<br>【新生児聴覚検査: □パス・□リファア<br>( □右耳・□左耳・□両側 )】<br>・あやすと笑う (□+・□-)<br>・定 額 (□+・□-)<br>・開排泄限 (□+・□-)<br>・筋緊張 ( □良好・□否[ ] )<br>・四肢の運動 ( □良好・□否[ ] )<br>・喃 語 ( □+・□- ) |       |   |   |
|                       | 母の不安問や質の問内態容・                                               |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 指導状況                  |                                                             |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 今後の方針                 | 継続: □無・□有 月頃 [ □訪問・□電話連絡・□その他( ) ]                          |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 医師への連絡・依頼             |                                                             |                                                                                                                                                                  |         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |
| 本連絡票を送付することについて保護者の同意 |                                                             |                                                                                                                                                                  | □有 ・ □無 |             |                                                                                                                                                                                                                                         |       |   |   |