

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 (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) ・栄養: □母乳 回/日 ・1回あたり 分位 (□直母・□搾乳) □ミルク ml × 回 哺乳力: □良・□不良() ・排便: 日 回 ・機嫌: □良・□不良 ・黄疸: □無・□有 ・湿疹: □無・□有 ・その他 ()			<発達> ・光の反応 (□有・□無) ・凝 視 (□+・□-) ・追 視 (□左右・□上下) ・音の反応 (□+・□-) 【新生児聴覚検査: □パス・□リファア (□右耳・□左耳・□両側)】 ・あやすと笑う (□+・□-) ・定 額 (□+・□-) ・開排泄限 (□+・□-) ・筋緊張 (□良好・□否 []) ・四肢の運動 (□良好・□否 []) ・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					