

様式第3号

〔医療機関へお願い〕
 この連絡票は、母子保健法第19条(未熟児の訪問指導)に基づき、必要に応じて市町村が訪問指導を行うためのものです。
 未熟児が退院(退院予定が決まり次第)する際、または虐待等の早期発見等のため、別紙送付要件に該当する場合も保護者の住民票がある市町村へ送付をお願いします。

要支援乳児連絡票 (医療機関 ⇄ 市町村)

長

発送日 年 月 日

医療機関名

主治医

【送付要件】 未熟児 ・ その他

記入日 年 月 日

〔ふりがな〕 児の氏名		生年月日		年 月 日生まれ		第()子	
性別等		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎 ()子中 ()子					
父母の氏名		父 ()歳		母 ()歳			
住所 (住民票上)		自宅電話番号				携帯番号(母・父)	
居住地(上記と異なる場合)		世帯主名		電話番号		滞在期間	
出生時の状況	出生場所	<input type="checkbox"/> 当院 ・ <input type="checkbox"/> 他病院・クリニック()		在胎週数		週 日	
	分娩様式	<input type="checkbox"/> 自然 ・ <input type="checkbox"/> 吸引 ・ <input type="checkbox"/> 鉗子 ・ <input type="checkbox"/> その他() ・ <input type="checkbox"/> 帝王切開(適応)				出生体重	
	特記事項	g					
妊娠中の状況		ハイリスクの有無 / <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → (具体的に)					
不妊治療歴		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (治療法:)		治療期間: ()		児の診断名	
入院中の経過	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		保育器収容日数		日	
	院内の経過	けいれん: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → 生後()日~()日 / 酸素使用: 生後()日~()日 / 人工換気療法: 生後()日~()日 黄疸治療: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 → 光線療法()日 / 交換輸血()回 眼底所見: <input type="checkbox"/> 検査実施未 ・ <input type="checkbox"/> 所見無 ・ <input type="checkbox"/> 所見有 → 網膜症治療: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 / 新生児聴覚検査: <input type="checkbox"/> パス ・ <input type="checkbox"/> リファー(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両側) その他の合併症:					
入院中の母親の状態(産後の精神面も含む)							
退院時の状況	体重	g		哺乳状態		<input type="checkbox"/> 母乳〔 <input type="checkbox"/> 直母/ <input type="checkbox"/> 搾乳〕 ・ <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工()ml × ()回 / 哺乳量の制限: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()ml	
	退院処方	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		フォローアップする医療機関		当院 ・ ()病院()科 / 診療所 次回受診予定 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	
主な育児担当者		〔日中〕 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他()		育児支援者の有無		〔日中〕 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他()〕	
		〔夜間〕 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他()				〔夜間〕 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他()〕	
〔家族構成〕 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟()人 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()人		〔予測される問題点〕		〔市町村で行ってほしい指導内容〕 ・希望する訪問時期 年 月 日頃まで			
〔主な退院指導内容〕							
本連絡票を送付することについての保護者の同意		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		外来担当(主治)医		担当助産師・看護師等 本事例の連絡先(担当科・TEL) ()科/TEL ()	