

別添

上田市長 殿

医療機関名 _____

電話番号 _____

主治医 _____

未熟児出生連絡票（医療機関→上田市）

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	年 月 日生 第 () 子 男・女 単胎・多胎 () 子中 ()
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・() 病院 在胎 () 週 () 日 体重 () g ・身長 () cm 分娩様式等 頭位・骨盤位・その他 () 自然・誘発 吸引・鉗子・予定帝王切開・緊急帝王切開 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）

予測される問題点

市で行ってほしい指導

入院中の主治医

外来担当（主治）医

次回の当院受診予約日（ 月 日）

記録日（ 月 日）： 記録者 _____

※本連絡票を上田市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入すること。