

様式8 (未熟児出生連絡票 (医療機関NICU等 → 市町村)) 奈良県

児の氏名	年 月 日生 (第 子) 単胎・多胎 ( 子中 )	
父 母 の 氏 名	父 ( 歳) 母 ( 歳)	家族構成 (同居家族等)
住 所	電話  *退院後の連絡先( )	
出生時の 状 況	出生場所： 当院 ・ 他院 ( ) 在胎週数：( 週 日 ) 出生時体重 ( g ) 分娩様式等：( 頭位 ・ 横位 ・ 骨盤位 ) ( 自然 ・ 鉗子 ・ 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 ( 日) 眼底所見： 無 ・ 有 *網膜症治療： 無 ・ 有 臨床経過： 新生児聴覚検査結果 ( 年 月 日実施)：右 (ハース・リファー) 左 (ハース・リファー) 先天性CMV感染症検査結果 ( 年 月 日実施)：( 陽性 ・ 陰性 ) その他の合併症：	
退院時の 状 況	体 重：( g ) 哺乳状況： 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 ( ) 退院処方： 無 ・ 有 ( ) 退院指導 (注意を要すること)： フォローアップする医療機関： 当院 ・ 他院 ( )	
予測される問題点 (養育状況等)	市町村で行ってほしい指導 (個別の状況)	
備 考	医療受給制度の有無： 無 ・ 有 ( ) 次回の当院受診予約日：( 月 日 ・ 診療科 )	
上記のとおり連絡します。	年 月 日	入院中の主治医
市町村長 殿	医療機関住所・名称 診療科 電話 主治医名	外来 (担当) 主治医 印
	受け持ち看護師名	
保 護 者 記 入 欄	本連絡票を市町村へ送付することに同意します。 ※署名または記名・捺印 保護者住所 保護者氏名	