

那覇市長 宛

医療機関名
主治医

未熟児出生連絡票（医療機関→那覇市）

今後の指導をお願いいたしたく連絡します。

児の氏名	フリガナ 男・女	令和 年 月 日生 第（ ）子 単胎・多胎（ ）子中（ ）子 カルテ番号（ ）
父母の名	父（ ）歳、 母（ ）歳	
現住所	TEL — —	
退院後住所	TEL — —	
出生時の状況	出生場所 当院 又は（ ）病院 → 当院 在胎（ ）週（ ）日 分娩予定日 令和 年 月 日 分娩様式等 頭位、横位、骨盤位、自然、吸引、鉗子、帝王切開（ ） 体 重（ ）g、 身長（ ）cm 出生時の特記事項 アプガー（ ）点、仮死（ 無・有 ）、その他（ ） 妊娠中の異常 妊娠高血圧症候群等 無・有 / 貧血 無・有（Hb g/dl） その他（ ）	
入院中の経過	入院期間：令和 年 月 日～令和 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： ガスリー検査： 月 日・ 月 日 結果：正常・（ ）疑	
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 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 家族の面会状況：良好・他（ ）	
主な退院指導内容（誰に対して）		予想される問題点 市で行ってほしい指導
キーパーソンとなる人物 無・有（氏名 TEL — — ）		

入院時主治医	外来担当医	記録者名
--------	-------	------

※本連絡票を那覇市へ送ることについては、保護者の了解を得ております。
注．住所欄には、児の退院後の居住地を記入すること。