新生児等退院支援連携票

市町村長　様

紹介元医療機関名:

住所:

電話:　　FAX:

ふりがな 児氏名 生年月日:　　年　　月　　日 □男 □女(第　　子)	父氏名　　(　　歳)職業: 母氏名　　(　　歳)職業: 同 胞:□無□有(　　)
自宅住所 〒 TEL　　: 母 携 帯 : 父 携 帯 :	退院先住所(自宅以外の場合) 〒 TEL:　　世帯主: □母の実家　□その他(　　) 滞 在 予 定 期 間 :

＜母親の状況＞

妊 娠 中 の 問 題 : □無□有(□切迫流早産 □妊娠高血圧症候群 □妊娠糖尿病 □その他:　　)

出 産 時 の エ ピ ソ ー ド : □無□有(□駆け込み出産 □施設外出産 □その他:　　)

身 体 的・精 神 的 問 題 : □無□有(　　)治療状況(　　)

＜家族の状況＞

育 児 援 助 者 : □無 □有

養 育 上 の 問 題 : □無 □有

家庭環境や具体的な育児サポート状況など

＜出生時の状況＞

出 生 場 所 : □当院 □その他(　　)

在　　胎　　: 　　週　　日

体　　重　　: (　　)g

分 娩 様 式 : □自然 □吸引 □鉗子

□帝王切開(□予定 □緊急 □その他)

新 生 児 仮 死 : □無

□有(アプガースコア:1分　点/5分　点)

＜入院中の経過＞

入 院 期 間 :　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

診 断 名 :

保 育 器 収 容 : □無□有(日齢　　日まで)

呼 吸 障 害 : □無□有(酸素使用: □無 □有)

(人工呼吸器装着: □無 □有)

手　　術　　: □無□有(　　)

眼 科 的 異 常 : □無□有(治 療:□無 □有)

け い れ ん : □無□有(治 療:□無 □有)

特 記 事 項 :

＜主治医による退院時の説明と家族の受け止め＞

病状、今後の成長発達、予測される障がいと対応など

家族の受け止め方・言動(説明後の反応など)

＜退院時の児の状況＞

退　院　日　：　　年　　月　　日

体　　重　：(　　)g　身　長　:(　　)cm

修 正 週 数 ：　週　日（日齢　　）

哺 乳 方 法 ：□経口哺乳　□経管栄養

哺　　乳　：□母乳　□混合　□人工乳

□その他(　　)

摂　取　量　：約(　　)ml×(　　)回/日

直 接 母 乳 量 : 約(　　)ml/回

哺乳補助具使用: □無 □有(　　)

特記事項(指導内容・医師の指示等)

＜入院中から退院時の家族の状況＞

児への思い・疾患の受け止め・言動など

親の会・育児サークル等の紹介:□無　□有

排 便 状 況 ：□無 □有

性状:　　回数:　回/日

指 導 内 容 ：(　　)

ヘ ル ニ ア ：□無 □有(□臍　□鼠径)

特記事項(その他指導内容・医師の指示等)

＜地域担当者への依頼事項＞

担当保健師への電話連絡 :□無　□今後予定　□有

医 療 的 ケ ア : □無 □有

処　　方　：□無 □有(　　)

特記事項(在宅医療・指導内容、医師の指示等)

＜公費医療申請・手当＞

公 費 医 療 申 請 :

□養育　□育成　□小児慢性　□障害者手帳

□療育手帳　□こども医療費　□その他(　　)

□特別児童扶養手当

□障害児福祉手当

出 生 連 絡 票 送 付 : □済 □未確認

＜退院後のフォローアップ体制＞

次回当院の受診予定日:　　年　月　日

主　　科　：

外 来 担 当 医 :

□ リ ハ ビ リ : □当院　予定日:　年　月　日

□他機関:(　　)

□子育て等支援外来:

□当院　予定日:　年　月　日

□他機関(　　)

□ か か り つ け 医 :

□ 他 の 医 療 機 関 :

□ 訪 問 看 護 :

□ 産 後 ケ ア 事 業 :

＜入院中の担当者＞

主　治　医　：

担 当 看 護 師 ：

看　護　師　長　：

そ　の　他　：

＜地域関係機関からの電話連絡対応窓口＞

担　当　者　：

TEL　　：

※ 本連絡票を市町村に送ることについては、保護者の了解を得ております。

（裏）

（2019.3）

新生児等訪問結果連絡票記載要領

1　「新生児等訪問結果連絡票」は、低出生体重児・ハイリスク児及び産婦等について訪問指導を実施した場合に、訪問を実施した担当者が記載する。

2　「計測値」は、訪問日に測定した値を記入するが、直近の受診や相談などでの値があればその値と測定日、測定場所を記入する。

3　「子どもの様子」は、皮膚、呼吸、睡眠の状態、精神運動発達、処方薬の内服状況等について観察を行い記入する。

4　「今後の支援の方針」については、具体的に決定しているものついては、継続訪問、経過観察の予定月日を記入する。また、関係機関との連絡調整を必要とする場合は、可能な限り記入する。

5　「医療機関への連絡事項」については、医療機関からの「新生児等診療情報提供票」の指導依頼内容の結果や、必要事項について記入する。

6　特記事項等がある場合、必要により別紙を添付する。

7　本人の住所地の市町村長から、「新生児等診療情報提供票」の送付元医療機関あて送付する。