

診療情報提供書  
(低出生体重児・ハイリスク新生児連絡票)

情報提供先市町村

市町村長 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

住 所

\_\_\_\_\_科、主治医 \_\_\_\_\_印

T e l

F a x

ふりがな 患児の氏名	令和 年 月 日生 第 子 男・女 単胎・多胎 ( 子中 子)
保 護 者	父氏名 ( ) 歳・母氏名 ( ) 歳
住 所	(里帰り出産等の場合の連絡先) T e l : T e l :
傷 病 名	
病 状 既 往 症 治 療 状 況 等	
出 生 時 の 状 況	出生場所：当院・( ) 病院より令和 年 月 日に転院 在胎週数：( ) 週 ( ) 日、胎児仮死：有・無、アプガースコア 1 分後 / 5 分後 分娩様式等：頭位、横位、骨盤位：自然、吸引、帝王切開 ( ) 妊娠中の異常：無・有 ( ) 体重 ( ) g、身長 ( ) cm、頭囲 ( ) cm、胸囲 ( ) cm 出生時の特記事項：
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： 呼吸障害：無・有→酸素使用；生後 ( ) 日～ ( ) 日 人工換気療法；生後 ( ) 日～ ( ) 日 けいれん：無・有→生後 ( ) 日～ ( ) 日、薬使用 ( ) 黄疸治療：無・有→ビリルビン最高値 ( ) mg/dl、光線療法 ( ) 日、交換輸血 ( ) 回 眼底検査：無・有→網膜症無・有 (光凝固有、冷凍凝固、その他の治療 ) 貧 血：無・有→治療 (エリスロポエチン、鉄剤、輸血、その他 ) その他の合併症：
退 院 時 の 状 況	体重 ( ) g、哺乳状況：母乳・混合・人工乳 ( ) ml × ( ) 回 ミルクの増し方：普通でよい・注意を要する 退院処方：無・有 ( ) 退院時の児の問題点： 母の育児上問題点： フォローアップする医療機関：当院・( ) 病院、医院
そ の 他 児 の 状 況 養育者の状況 養育環境等	
次回の当院受診予定日 (令和 年 月 日)	
主な退院指導内容：	
児の予測される問題点：	
訪問の時期及び指導内容に対する希望：	

備考 1 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2 本様式は患者が、低出生体重児・その他乳幼児である場合について用いること。