

退院に向けての連絡票 (ハイリスク児・長期入院対象児)

入院中 (退院日未定) 退院 ※いづれかにチェックしてください

ふりがな 児の氏名	男 女	年 月 日生 (第 子) 単胎・多胎 (子中 子)
父母の名	父 (歳)	母 (歳)
住 所	電 話(自宅)	
	電 話(携帯)	
退院後の 住 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (里帰り・その他)、(自宅へ戻る予定 月 日) 電 話(自宅以外の場合)	
出生時の 状 況	在胎 週 日	入院の有無 : 無・有 (入院期間 月 日～ 月 日)
	AP / 点 仮死 (有・無)	体重 _____g、身長 _____cm、胸囲 _____cm、頭囲 _____cm 出生場所 : 当院・その他 () 分娩様式等 : 頭位、横位、骨盤位、自然、吸引、鉗子、帝王切開、その他 () 妊娠中の異常の有無 : 無・有 ()
	要経過観察事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診断名 _____ その他の合併症 _____ 長期入院が予測される場合は、その理由()	
退院時 もしくは現在 の状況	退院日もしくは退院見込日(月 日) ・ 退院時期未定、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・その他() 退院後に必要な医療的ケア <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 児の1ヶ月健診 (月 日)、児のフォローアップ外来受診予定日 (月 日)	
母の状況	身体状況	母の産後健診 (月 日)、母乳相談外来受診日 (月 日)
	育児の問題点・ 母の不安等	
情報提供 対象項目 (該当に し点を 記入)	妊娠中から把握できる状況 <input type="checkbox"/> 望まない妊娠 <input type="checkbox"/> 若年妊娠(10代)、未婚 <input type="checkbox"/> 被虐待歴 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳未発行 <input type="checkbox"/> 妊娠中の定期健診の回数が少ない <input type="checkbox"/> 受診中断 <input type="checkbox"/> アルコール、薬物依存 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体陽性 <input type="checkbox"/> 多胎児 <input type="checkbox"/> 経済的に不安定な家庭 <input type="checkbox"/> 虐待歴 <input type="checkbox"/> 医療機関、市町村等からの連絡拒否 産後に把握する状況 <input type="checkbox"/> 飛び込み出産、無介助分娩(医師、助産師の介助なし) <input type="checkbox"/> 先天異常(代謝異常、聴覚障がい)等の疾病または障害を有する、またはその疑いのある児 <input type="checkbox"/> 親または家族に病人がいる等育児困難な家庭 <input type="checkbox"/> 親の育児知識が乏しい、経験がない、技術の未熟 <input type="checkbox"/> 地域等交流のない家庭 <input type="checkbox"/> 子供に対して愛着が不十分 <input type="checkbox"/> 家族が面会に来ない <input type="checkbox"/> 産後精神不安 <input type="checkbox"/> その他専門職から見て気になる場合 <input type="checkbox"/> 長期入院児 ()	
治療方針・指導内容・予測される問題点・地域で行ってほしい指導		
* 市町村、医療機関等への情報提供 (□にし点を入れること) <input type="checkbox"/> 医療機関等または市町村へ情報提供することに本人の了解が (得られた・得られていない)。 ※提供してほしくないと言われた情報部分には、下線を引いてください。 <input type="checkbox"/> 市町村または保健所の保健師がご家庭へ電話連絡・訪問することに本人の了解が (得られた・得られていない)。 (了解が得られなかった理由:)		

<連絡先>

記録日 (年 月 日)

医療機関・助産所名 _____ (担当医【外来】 _____ 【入院中】 _____)

電 話 _____ (担当看護師・助産師 _____)