

新生児入院連絡表(共通版)

記入日 年 月 日

| | |
|----------|-----|
| 紹介医 | 施設名 |
| 住所 | |
| TEL | FAX |
| E-mail : | |

患児 氏名 _____ □男 □女
 母の氏名 _____ 年齢 _____ 歳 血液型 _____ 型 Rh
 自宅住所 _____ TEL _____

【新生児情報】

出生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 在胎 _____ 週 _____ 日
 第 _____ 子 □単胎 □多胎 _____ 胎中 _____ 子 双胎の場合 (MD・DD・MM・不明) 血液型 _____ 型 Rh
 出産予定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 出生時計測値 体重 _____ g 身長 _____ cm 頭囲 _____ cm 胸囲 _____ cm

| アプガスコア | 心拍 | 呼吸 | 筋緊張 | 反射 | 皮膚色 | 計 |
|--------|----|----|-----|----|-----|---|
| 1 分値 | | | | | | 点 |
| 5 分値 | | | | | | 点 |

蘇生術：□なし □マスク □心マッサージ □不明 ; 呼吸初発 _____ 分
 □酸素 □挿管 □エピネフリン □その他 : _____

入院主訴

- 低出生体重児 呼吸障害 チアノーゼ (全身・四肢末梢・顔面)
- 仮死 けいれん、運動不安、目つき異常 (落陽現象、眼球偏位)
- 筋緊張低下 四肢麻痺、運動障害 心雑音 徐脈、不整脈
- I DM 奇形 黄疸 蒼白、貧血
- 嘔吐 腹部膨満 吐血、下血 便通、便性の異常
- 発熱・低体温 哺乳不良 不活発、元気がない
- 浮腫、発疹、その他の皮膚症状 その他 : _____

胎内診断：□なし □あり ; 診断名 : _____

送院までの処置

- ① 酸素 : 流量 _____ l / 分 濃度 _____ % : _____ 月 _____ 日 _____ 時～
- ② 輸液 : 内容 _____、投与量 _____ ml / 分 : _____ 月 _____ 日 _____ 時～
- ③ 抗生剤 : 薬名 _____ 投与量 _____ mg × _____ 回 / 日 : _____ 月 _____ 日～
- ④ その他の薬剤 : _____
- ⑤ ビタミンK : □未、□済 ; 薬名 _____ 投与量 _____
- ⑥ 先天性代謝異常検査 (未・済)

送院までの特記事項 : _____
