生まれたときの様子

記載について分からないところがあれば、医療機関にご相談ください。
医療機関の方は可能な範囲で記載にご協力くださるようお願いします。

生 年 月 日：　　年　　月　　日

出産予定日：　　年　　月　　日

在 胎 期 間：　　週　　日

計　測　値：出生体重　　g　身長　　cm

頭囲　　cm　胸囲　　cm

そ　の　他：

＿＿＿＿＿＿＿＿ へのメッセージ

★お子さんのお名前を記入してください

※メッセージは、気持ちが落ち着いた時に書いてみてください。

NICU・GCUでの様子

●人 工 呼 吸 器：なし・あり（チューブがいらなくなった日　　）

（経鼻マスクがいらなくなった日　　）

●酸　素　療　法：なし・あり（終了した日　　）

●輸血・血液製剤：赤血球・血小板・その他（　　）

●保 育 器 収 容：なし・あり（コットに出た日　　）

●経　管　栄　養：なし・あり（チューブがいらなくなった日　　）

●経口哺乳開始：　　年　　月　　日～

●未熟児網膜症：なし・あり（ 治療なし ・ 光凝固 ・ その他 ）

●未 熟 児 貧 血：なし・あり

（ 鉄剤 ・ エリスロポエチン ・ その他 ）

●未熟児動脈管開存症：なし・あり

●「パリビズマブ（®シナジス）」投与：なし・あり

●「ニルセビマブ（®ベイフォータス）」投与：なし・あり

●頭 部 M R I：（　　年　　月　　日）所見（　　）

●聴　覚　検　査：（　　年　　月　　日）結果（　　）

●先天性代謝異常検査：（結果　　）

●手　　術：なし・あり（　　）

＊転院した場合は転院後の様子も記録しておきましょう。