

様式 2

新生児搬送 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関名

医療機関名 御中

医師名

医師名 先生

住 所

電話 FAX

E-mail

母氏名: _____ 歳 国籍: _____
O A AB B Rh(+) Rh(-)

父氏名: _____ 歳 国籍: _____
O A AB B Rh(+) Rh(-)

患者 市 区
 住所 郡 町 Tel _____

児血液型: O A AB B Rh(+) Rh(-)

母親の妊娠分娩歴:
 妊娠回数(今回の妊娠は除く) _____ 回
 人工流産 _____ 回 自然流産 _____ 回 死産 _____ 回
 異常出産: なし あり()
 飲酒: なし あり 喫煙: なし あり
 () 本/日

母体入院日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
 (緊急母体搬送 非緊急母体搬送)
 母体搬送理由: 前期破水 切迫早産
妊娠高血圧症候群 子宮内胎児発育遅延
多胎, 胎盤機能不全 前置胎盤 骨盤位
胎盤早期剥離 胎児仮死 羊水過多
胎児形態異常 糖尿病合併妊婦
Rh不適合妊娠
その他()
 母体紹介施設:

妊娠経過:
 母体合併症: なし
妊娠高血圧症候群: 浮腫 蛋白 高血圧
 (/)
 治療()
子宮内胎児発育遅延 胎盤機能不全
糖尿病 甲状腺疾患 自己免疫疾患
心疾患 腎疾患 精神疾患 神経疾患
発熱 貧血
その他()
 母体感染症: なし B型肝炎 C型肝炎
梅毒 HIV ATL クラミジア
GBS その他()
 妊娠成立: 自然妊娠 排卵誘発剤 AIH
体外受精 その他()
 超音波検査異常: なし あり()

出生日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分生 男 女
多胎(_____ 胎中第 _____ 子)
 在胎 _____ 週 _____ 日 予定日 _____ 月 _____ 日
 出生時計測:
 体重 _____ g 身長 _____ cm 頭位 _____ cm 胸囲 _____ cm
 アプガースコア: 1分 _____ 点 5分 _____ 点
 蘇生術: なし O₂吸入 Bag・Mask
気管内挿入 心マッサージ
薬剤使用()
 胎児仮死: なし あり
 胎児心音モニタ: 正常 未施行
異常()

分娩経過:
 破水: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 自然 人工破膜
 分娩方法: 自然 吸引 鉗子 予定帝切
緊急帝切 帝切理由()
 分娩胎位: 頭位 骨盤位 その他()
 使用薬剤: なし 陣痛促進剤 ステロイド剤
抗生剤 その他()
 陣痛促進剤使用: なし 塩酸リドリン
硫酸マグネシウム その他()
 産科的合併症: なし
切迫早産 前置胎盤 前期破水
絨毛羊膜炎 胎盤早期剥離
羊水過少 羊水過多
その他()

入院紹介理由:
低体重児 呼吸障害 チアノーゼ 仮死
けいれん 黄疸 嘔吐 発熱
その他()

出生後の児の経過と処置:

点眼 VitK ガスリー検査済

妊娠・分娩経過中の異常と処置: