

母体搬送連絡票（診療情報提供書）

搬送日時： 令和 年 月 日	
紹介先	紹介元
_____ 病院	_____ 病院名
_____ 科	_____ 住所
_____ 先生	_____ (TEL)
	医師名
	印

患者氏名： _____ 年齢： _____ 生年月日： _____ 年 月 日
 患者住所： _____ TEL： _____
 患者身長： _____ cm 非妊時体重： _____ kg 現体重： _____ kg
 搬送（紹介）の目的： _____
 現在の治療内容および経過： _____

既往歴

既往妊娠歴 _____ 妊 _____ 産 _____
 既往妊娠分娩の異常 無・有 (_____)
 妊娠前からの疾患 無・有 (_____)
 投薬 無・有 (_____)

現症

妊娠 _____ 週 _____ 日 分娩予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 妊娠方法 自然妊娠、 その他 (_____)
 血压 _____ / _____ mmHg 体温 _____ 度
 内診所見 開大度 _____ cm 展退度 _____ % 先進部の高さ S p
 胎児数 単胎、双胎、品胎
 胎位 頭位、骨盤位、横位
 胎児推定体重 _____
 血液型 _____ 型 Rh (+ ・ -) 不規則抗体 (無 ・ 有 _____)
 感染症 無・有 (GBS、STS、TPHA、HBsAg、HCV、HIV、ATL)

産科的異常

妊娠高血圧 無・有 (発症 月 日 妊娠 週、蛋白尿： 無・有 _____)
 切迫流早産 無・有 (発症 月 日 妊娠 週、頸管縫縮術： 無・有 _____ 月 日)
 前期破水 無・有 (発症 月 日 時 分 妊娠 週、
 混濁： 無・有、 異臭： 無・有 _____)
 羊水異常 無・有 (過多、過少 発症 月 日 妊娠 週 _____)
 FGR 無・有 (発症 月 日 妊娠 週 _____)
 胎児形態異常 無・有 (_____)
 胎児機能不全 無・有 (_____)
 その他 無・有 (_____)

- ・ 搬送時は可能な範囲で記入し、搬送先へファックスで送信すること。また、搬送後に、追加の内容を記入し、搬送先施設へ送付すること。なお、搬送を行う際は、搬送先に出発時間等の電話連絡を行うこと。
- ・ 必要に応じ、検査等の記録を添付すること。
- ・ 緊急に母体搬送を行う場合は、救急車を利用すること。
- ・ 自筆の署名がある場合には印は不要とする。