

# 新生児搬送連絡票（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： \_\_\_\_\_ 性別：男・女  
 母親氏名： \_\_\_\_\_ 母親年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
 患者住所： 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

出生日時：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 日齢： \_\_\_\_\_  
 出生週数： \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 予定日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 出生時計測：体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm 頭囲 \_\_\_\_\_ g 胸囲 \_\_\_\_\_ cm

搬送（紹介）の目的（ \_\_\_\_\_ ）

出生時の状態

アプガールスコア 1分 \_\_\_\_\_ 点 5分 \_\_\_\_\_ 点（5分以後 \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_ 点）  
 分娩様式 自然・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）・施設外分娩・その他  
 適応（ \_\_\_\_\_ ）  
 胎位 頭位・骨盤位・その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 特記事項 \_\_\_\_\_

症状：低体重・呼吸障害（陥没・呻吟・多呼吸・無呼吸）・チアノーゼ・心雑音・  
 黄疸・嘔吐・腹満・哺乳不良・体重増加不全・けいれん・発熱・低体温・発疹  
 奇形（ \_\_\_\_\_ ） その他（ \_\_\_\_\_ ）

治療内容・経過： \_\_\_\_\_

処置：点眼（無・有） ビタミンK（無・有） 栄養（無・有：母乳・ミルク \_\_\_\_\_ ml）

出生前情報（母体情報）

母の血液型 \_\_\_\_\_ 型 Rh（+・-） 不規則抗体（無・有 \_\_\_\_\_）  
 既往妊娠分娩歴 \_\_\_\_\_ 妊 産 異常：無・有（ \_\_\_\_\_ ）  
 母体疾患 無・有（ \_\_\_\_\_ ）  
 母体投薬 無・有（ \_\_\_\_\_ ）  
 妊娠高血圧 無・有（ 発症週数 \_\_\_\_\_ 週 血圧：約 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 蛋白尿：無・有 \_\_\_\_\_ ）  
 切迫流早産 無・有（ 発症週数 \_\_\_\_\_ 週 治療 \_\_\_\_\_ ）  
 前期破水 無・有（ 発症週数 \_\_\_\_\_ 週 日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 混濁：無・有 \_\_\_\_\_ ）  
 羊水異常 無・有（ 過多・過少：発症週数 \_\_\_\_\_ 週 羊水混濁 悪臭 血性羊水 \_\_\_\_\_ ）  
 FGR 無・有（ 発症週数 \_\_\_\_\_ 週 出生前予測体重 \_\_\_\_\_ g 原因 \_\_\_\_\_ ）  
 胎児形態異常 無・有（ \_\_\_\_\_ ）  
 胎児機能不全 無・有（ 胎児心拍モニター所見 \_\_\_\_\_ ）  
 その他 \_\_\_\_\_

- ・ 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、搬送先施設に送付すること。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。
- ・ 自筆の署名がある場合には印は不要とする。