

搬送調整依頼書（診療情報提供書）

紹介理由

- 母体搬送
- その他（ ）

町田市民病院 周産期センター
 直通 FAX 042-722-2619

年 月 日

依頼元	施設名	担当医
-----	-----	-----

妊産婦基本情報	ふりがな 患者氏名	生年月日 年齢	年 月 日生 歳
	妊娠週数	妊娠 週 日	・ 不明
	妊娠歴	経妊 回 経産 回 既往帝王切開 無 有	
	血液型	型 Rh (+・-)	不規則抗体 (+・-)

感染症	HBs抗原	- + 未検	梅毒定性	- + 未検	クラミジア	- + 未検
	HCV抗体	- + 未検	梅毒TP抗体	- + 未検	GBS	- + 未検
	HIV抗体	- + 未検	HTLV-1	- + 未検	トキソプラズマ	- + 未検

*検査結果は原本またはコピーの同封をお願い致します

搬送理由	<input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> PIH <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離（疑い） <input type="checkbox"/> 胎児発育不全 <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> 多胎（ 胎） <input type="checkbox"/> その他 *具体的な症状・疾患等
------	---

母体・胎児情報	出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	子宮収縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (分毎)
	破水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時刻: 月 日 時 分)
	子宮口	開大 cm 展退 % 子宮頸管長 cm
	胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 (MM・MD・DD) <input type="checkbox"/> 品胎
	胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他
	推定体重	g (SD)
	母体合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内服薬:)
	羊水量異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (過多・過小)
CTG異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

現在の治療	<input type="checkbox"/> リトドリン $\mu g/min$ <input type="checkbox"/> 硫酸マグネシウム g/day
	<input type="checkbox"/> 抗菌薬 () <input type="checkbox"/> ステロイド (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	<input type="checkbox"/> ルート確保 右 左 針 G
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
その他の特記事項	