

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 既往帝王切開 無 有	経産 回	
	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		