母体搬送連絡票（診療情報提供書）

搬送日時：　平成　　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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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　平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

妊娠方法　自然妊娠、　その他（　　）

血圧　　／　　mmHg　　体温　　度

内診所見　開大度　　cm　展退度　　%　先進部の高さ　Ｓｐ

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　　）

ＩＵＧＲ　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。