

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

出生日時：平成 年 月 日 時 分 日齢： \_\_\_\_\_  
 出生週数： \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 予定日：平成 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 )  
 IUGR 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。