

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

病院

科

先生

紹介元

病院名
住所
(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 _____ ）
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。