

様式1 母体搬送・ハイリスク妊娠紹介 診療情報提供書

紹介先医療機関	紹介元医療機関名
医療機関名 _____ 御中	医師名 _____
医師名 _____ 先生	住 所 _____
	電話 _____ FAX _____
	E-mail _____

<p>紹介種類 <input type="checkbox"/>緊急搬送 <input type="checkbox"/>非緊急ハイリスク 紹介年月日 _____年____月____日____時</p> <p>ふりがな 妊婦氏名 _____様 年齢____歳 生年月日 _____年____月____日</p> <p>妊娠週数 _____週____日 分娩予定日 _____年____月____日</p> <p>____妊____産</p> <p>異常妊娠分娩歴: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (_____)</p> <p>特記する既往歴: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (_____)</p> <p>今回の妊娠成立: <input type="checkbox"/>自然 <input type="checkbox"/>不妊治療(内容: _____)</p> <p>母体搬送・紹介理由</p> <p><input type="checkbox"/>切迫流早産 <input type="checkbox"/>前期破水 (_____月____日____時) <input type="checkbox"/>多胎 (_____胎 _____絨毛膜 _____羊膜) <input type="checkbox"/>胎児機能不全 <input type="checkbox"/>胎児奇形疑い (_____) <input type="checkbox"/>重症妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/>FGR <input type="checkbox"/>前置胎盤 <input type="checkbox"/>常位胎盤早期剥離疑い <input type="checkbox"/>前回帝王切開 <input type="checkbox"/>骨盤位 <input type="checkbox"/>羊水過多・過少 <input type="checkbox"/>産褥出血 <input type="checkbox"/>合併症妊娠 (_____) <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> <p>血液検査</p> <p>血液型 _____型 Rh +・- 感染症 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (_____) *血液型・感染症は本人のものと証明できる検査結果のコピーを同封してください。</p> <p>内診所見</p> <p>子宮口 _____cm開大 頸管長 _____cm 破水: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 出血: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>胎児エコー</p> <p>胎位 : <input type="checkbox"/>頭位 <input type="checkbox"/>骨盤位 <input type="checkbox"/>横位 羊水量 : <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>少 <input type="checkbox"/>多 発育 : 推定体重 _____g BPD _____mm FL _____mm その他 (_____)</p>	<p>管理方法</p> <p><input type="checkbox"/>塩酸リトドリン 内服 _____錠/日 点滴 _____μg/分 (搬送時 _____A入りボトル _____ml/時)</p> <p><input type="checkbox"/>硫酸マグネシウム _____g/時 <input type="checkbox"/>リンデロン12mg筋注 _____月____日____時 <input type="checkbox"/>抗生剤 内服・点滴 種類(_____)</p> <p><input type="checkbox"/>頸管縫縮術 _____月____日 <input type="checkbox"/>その他の治療 (_____)</p> <p>胎児心拍数モニタリング</p> <p>子宮収縮: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (<input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>規則 _____分毎) 一過性頻脈: <input type="checkbox"/>あり reactive <input type="checkbox"/>なし nonreactive</p> <p><input type="checkbox"/>頻脈 <input type="checkbox"/>徐脈 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>variability減少・消失 <input type="checkbox"/>ED <input type="checkbox"/>VD <input type="checkbox"/>LD <input type="checkbox"/>PD</p> <p>その他の検査・臨床経過・特記事項</p>
--	--