母体搬送連絡書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 搬送日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　　　　午前・午後　　時　　分 | |
| 搬送先 | 病院 | |
| 搬送先病院受診歴 | □あり　　　□なし　　　□不明　　　　搬送先病院ID（わかる場合のみ）： | |
| 搬送元  （分娩施設） |  | |
| TEL |  |
| 担当医 |  |
| カルテNo(ID) |  |

母体情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | | | | | 年齢 | 歳 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 妊娠分娩歴（今回の妊娠は含まない） | | （　　　）経妊 | | | | （　　　）経産 | |
| 妊娠（分娩）週数 | 週　　　　日　　　　□不詳 | | | 分娩予定日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 妊娠成立機序 | □自然　　□治療（□IVF-ET　　　□他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 産褥 | 日 | | 分娩様式 | | □経腟　　□吸引　　□鉗子　　□帝王切開 | | |
| 分娩日時 | 年　　　月　　　日　　　　午前・午後　　時　　分 | | | | | | |
| 現在までの出血量 |  | | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | |
| 合併症  （既往歴も記載） | □あり  □なし | | | | | | |

児情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児出生体重 | g | 児性別 | □男児　　□女児 |

治療・経過

患者・家族への説明内容、その他特記事項

※　上記項目以外で、結果の添付又は記載を要する事項

　　ABO式血液型　Rh式血液型　不規則抗体有無

　　血算　血糖

　　HBs　HCV　梅毒　風疹　HIV　HTLV-1　トキソプラズマ

　　クラミジア　 B群溶連菌　子宮頸部細胞診

　　胎児：（最終）胎児計測値　胎位

　　妊娠経過図　 分娩経過図 胎児心拍数図（異常の場合）