

周産期診療情報提供書 兼 母体搬送発生報告書

年 月 日

搬送受入施設 _____ 担当医師 _____

搬送依頼施設 _____ 担当医師 _____

施設所在地 千葉県 _____ 市 _____ 電話番号 _____

依頼日時 201 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

患者氏名 _____ 年齢 ____ 才 生年月日 S・H ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者住所 _____ 電話番号 _____

妊娠週数 ____ 週 ____ 日 分娩予定日 201 年 ____ 月 ____ 日 初産・経産 (____) 回

診断 切迫早産・前期破水・前置胎盤・妊娠高血圧症候群・胎児機能不全

現病歴

子宮収縮 (なし・あり) 性器出血 (なし・あり) 母体合併症 (なし・あり: _____)

破水 (なし・あり: ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分) 母体感染症 (なし・あり: _____)

頸管所見: 頸管長 ____ cm 使用薬剤 (なし・あり: _____)

児推定体重: ____ g 胎位: 頭位・骨盤位・横位

胎児心拍モニタリング所見 (異常なし・あり: _____)

患者受入時報告記入

入院時診断 _____

到着日時 201 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

搬送方法 救急車・ドクターヘリ・消防防災ヘリ (____ 市) ・自家用車・その他 (_____)

患者経過最終報告記入

最終診断 _____

転帰 分娩 ____ 月 ____ 日 (在胎 ____ 週 ____ 日) 出生体重 ____ g

新生児 当院管理 新生児搬送 (____ 月 ____ 日 _____ 病院へ 詳細: _____)

退院 ____ 月 ____ 日 搬送元病院へ転院 (入院 外来) 当院外来へ

他院へ再搬送 ____ 月 ____ 日 (詳細: _____)

入院時報告 ・ 最終報告