

母体搬送診療情報提供書

20____年____月____日

受入施設 _____

依頼施設 _____ 依頼医師 _____ 電話番号 _____

依頼施設所在地 _____

依頼日時 20____年____月____日 ____時 ____分

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

患者住所 _____

電話番号 _____

血液型：____型 Rh____ 感染症：STS(+,-) HBV(+,-) HCV(+,-) HIV(+,-) その他()

妊娠週数 ____ 週 ____ 日

分娩予定日 20____年____月____日 初産・経産()回 既往帝切(あり・なし)

搬送理由 切迫早産 前期破水 前置胎盤 胎盤早剥 妊娠高血圧症候群(血圧 ____ / ____ mmHg)
胎児機能不全 多胎(M D ・ D D) その他 _____

子宮口 ____ cm 子宮頸管長 ____ cm 破水(なし・あり) : ____ 月 ____ 日 ____ 時)

母体合併症(なし・あり) : _____)

使用薬剤(なし・あり) : ウテメリン マグセント 抗生剤 その他 _____)

推定胎児体重 ____ 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) : _____)

産褥日数 ____ 日

分娩日時 20____年____月____日____時____分 (経腔・帝切) 初産・経産()回

搬送理由 弛緩出血 産褥子癪 その他 _____

血圧 ____ / ____ mmHg 脈拍 ____ / 分

搬送までの症状経過(治療内容を含む)

患者・家族への説明内容やその他の特記事項

受入施設記入

母体搬送受入時報告記入欄

入院時診断 _____

到着日時 20____年____月____日____時____分 搬送方法: 救急車・ヘリ・自家用車・その他