

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(MD・DD)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 (経膈・帝切) 初産・経産(__)回
搬送理由 弛緩出血 産褥子癩 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