

新生児搬送連絡書

搬送日 年 月 日 時 分
西暦で記入

搬送先

漢字記入

病院
センター御中

分娩施設

漢字記入

病院
クリニック

紹介先
担当医

先生

分娩施設
の担当医

印

分娩施設
TEL

(不明・未検査の項目は空欄のままにして下さい)

母親氏名

漢字記入

西暦で記入

フリガナ

職業
漢字
記入

住所 〒

都道府県

市町村

TEL

母親血液型

Rh

不規則抗体 ()
+ - を記入

家族歴

高血圧 神経疾患 筋疾患 精神疾患 心疾患 その他 ()

既往歴

高血圧 神経疾患 筋疾患 精神疾患 心疾患 腎疾患 糖尿病 血液疾患

レディック

膠原病 甲状腺疾患 その他 ()

感染症

無 有

+ - を記入
未検査の場合
空欄にして下
さい

TPHA HCV 風疹 クラミア トコプラズマ

HBs-Ag HIV MRSA カジダ その他 ()

HBs-Ab HTLV-1 GBS サイトカロ HBe抗原

既往妊娠
数字を記入

経妊 経産 自然流産 人工流産 その他 ()

妊娠方法

自然妊娠 clomiphene HMG AIH GIFT IVF-ET ICSI その他 ()

今回の
妊娠異常
レディック

妊娠中毒症 前期破水 切迫早産 羊水過多 胎盤早期剥離 形態異常 糖尿病
IUGR 絨毛羊膜炎 多胎 羊水過少 前置胎盤 胎児水腫 その他 ()

管理方法

塩酸リトドリン MgSO₄ ステロイド 抗生物質 その他の薬剤 ()

陣痛開始

月 日 時 ~ 自然陣発 陣痛誘発 陣痛促進

破水

月 日 時 分 羊水混濁 (無 有)
羊水悪臭 (無 有)

出生場所

院内で出生 (産科管理 母体搬送) 院外で出生 (病院 診療所 助産所 自宅)

レディック

出生時刻

月 日 時 分 胎位 (頭位 骨盤位 横位)

分娩様式

自然 吸引 鉗子 帝王切開 羊水量 ml

胎児仮死

無 有 (遅発一過性徐脈 変動一過性徐脈 LOV 徐脈) 胎盤異常 無 有 ()

臍帯異常

無 有 臍帯巻絡 卵膜付着 真結節 その他 ()

児のID

妊娠週数 週 日 予定日 年 月 日

出生体重

g 身長 . cm 頭囲 . cm 胸囲 . cm

レディック

性別

男 女 単胎 多胎 (胎の 番目 一絨毛膜性 二絨毛膜性 不明)

Apgar

(1') (3') (5') 蘇生 無 有 (酸素 bag&mas 挿管)

投与薬剤

無 有 (点眼 ビタミンK 経口 筋注 静注 その他 ())

搬送理由

低出生体重児 早産児 低血糖 感染症疑い 形態異常 黄疸 下血

レディック

仮死 不整脈 痙攣 敗血症疑い 染色体異常疑い 腹部膨満 ショック

呼吸障害 心雑音 嘔吐 発熱 (38 以上) Odd-looking ハイリスク児 R・骨折等

無呼吸 チアノーゼ 哺乳障害 低体温 (35 以下) 元気がない その他 ()

搬送直前
の状態

酸素使用 無 有 l / 分 (%) 体温 . (皮膚 直腸)

経口哺乳 無 有 哺乳量 ml / 回 最後の哺乳時間 時 分

胎便排出 (無 有)

初回排尿 (無 有)

新生児搬送連絡書

搬送日 年 月 日 時 分

母親氏名

漢字で記入 姓

名

生年月日

年 月 日 歳

搬送までの症状経過

患者・家族への説明内容やその他の特記事項