

搬送調整依頼書（診療情報提供書）の変更（案） ※ 出産予定日欄を追加

<旧>

<b>母体搬送用</b>		<b>搬送調整依頼書（診療情報提供書）</b>		年 月 日
<p>① 日常的に連携している医療機関への搬送受入が決まらない場合は、搬送ブロックの総合周産期母子医療センターへ搬送調整依頼書をFAXの上、電話で搬送受入・調整依頼を行ってください。</p> <p>② ブロック内で総合周産期センターが受入・調整不能で、東京都周産期搬送コーディネーターに搬送先選定を依頼する旨連絡があった場合は、搬送調整依頼書をコーディネーターにFAXしてください。 （東京都周産期搬送コーディネーターFAX番号：03-3212-5022）</p>				
依頼元	施設名		担当者	
	所在地		電話番号	
妊産婦基本情報	患者氏名	年齢 歳	生年月日	S・H 年 月 日生
	患者住所	( 東京都 ) 県 区・市	血液型	型 Rh ( + ・ - ) 不規則抗体 ( + ・ - )
	妊娠週数・産褥日数	妊娠 週 日 ・ 産褥 日 ・ 不明		
	妊娠歴	経妊 回 経産 回	既往帝王切開	( あり ・ なし )
<p>搬送理由</p> <p><input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> PIH <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離（疑い）  <input type="checkbox"/> 胎児発育不全 <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> その他 ( )                  具体的な症状・疾患等</p>				
<p>緊急度</p> <p><input type="checkbox"/> 胎児救急 <input type="checkbox"/> ( ) 時間以内搬送 <input type="checkbox"/> 本日で搬送</p>				
母体・胎児情報	出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ml )		
	子宮収縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 分毎 )		
	下腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	破水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 時刻: 月 日 時 分 )		
	子宮口	開大 cm 展退 % 子宮頸管長 cm		
	胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 胎・MM・MD・DD )		
	胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<p>※ 以下は、必要に応じて記載してください。</p>				
母体情報	バイタルサイン	体温 ℃ 血圧 / mmHg		
	合併症・感染症等	脈拍数 回/分 尿タンパク ( )		
胎児情報	羊水量の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 過多 ・ 過少 )		
	奇形	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	CTG異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
現在の治療	ロリドリン	μg/min <input type="checkbox"/> 硫酸マグネシウム g/day		
	抗菌薬	( )		
	ステロイド	( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<p>その他特記事項 (含む 胎盤・臍帯異常)</p>				
<p>保険証 社保 ・ 国保 ・ 無 ・ 不明 ・ その他 ( )</p>				
<p>■ 緊急に母体救命処置の必要な妊産婦（スーパー母体救命）については、東京都母体救命搬送システムにより搬送依頼を行ってください。</p>				

<新>

<b>母体搬送用</b>		<b>搬送調整依頼書（診療情報提供書）</b>		年 月 日
<p>① 日常的に連携している医療機関への搬送受入が決まらない場合は、搬送ブロックの総合周産期母子医療センターへ搬送調整依頼書をFAXの上、電話で搬送受入・調整依頼を行ってください。</p> <p>② ブロック内で総合周産期センターが受入・調整不能で、東京都周産期搬送コーディネーターに搬送先選定を依頼する旨連絡があった場合は、搬送調整依頼書をコーディネーターにFAXしてください。 （東京都周産期搬送コーディネーターFAX番号：03-3212-5022）</p>				
依頼元	施設名		担当者	
	所在地		電話番号	
妊産婦基本情報	患者氏名	年齢 歳	生年月日	S・H 年 月 日生
	患者住所	( 東京都 ) 県 区・市	血液型	型 Rh ( + ・ - ) 不規則抗体 ( + ・ - )
	妊娠週数・産褥日数	妊娠 週 日 ・ 産褥 日 ・ 不明	出産予定日	月 日
	妊娠歴	経妊 回 経産 回	既往帝王切開	( あり ・ なし )
<p>搬送理由</p> <p><input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> PIH <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離（疑い）  <input type="checkbox"/> 胎児発育不全 <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> その他 ( )                  具体的な症状・疾患等</p>				
<p>緊急度</p> <p><input type="checkbox"/> 胎児救急 <input type="checkbox"/> ( ) 時間以内搬送 <input type="checkbox"/> 本日で搬送</p>				
母体・胎児情報	出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ml )		
	子宮収縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 分毎 )		
	下腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	破水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 時刻: 月 日 時 分 )		
	子宮口	開大 cm 展退 % 子宮頸管長 cm		
	胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 胎・MM・MD・DD )		
	胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<p>※ 以下は、必要に応じて記載してください。</p>				
母体情報	バイタルサイン	体温 ℃ 血圧 / mmHg		
	合併症・感染症等	脈拍数 回/分 尿タンパク ( )		
胎児情報	羊水量の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 過多 ・ 過少 )		
	奇形	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	CTG異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
現在の治療	ロリドリン	μg/min <input type="checkbox"/> 硫酸マグネシウム g/day		
	抗菌薬	( )		
	ステロイド	( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<p>その他特記事項 (含む 胎盤・臍帯異常)</p>				
<p>保険証 社保 ・ 国保 ・ 無 ・ 不明 ・ その他 ( )</p>				
<p>■ 緊急に母体救命処置の必要な妊産婦（スーパー母体救命）については、東京都母体救命搬送システムにより搬送依頼を行ってください。</p>				