**母体戻り搬送調整依頼書**

**受付日時**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼元 | ［医療機関］ | ［住所］ |
| ［担当医］ | ［電話番号］ |
| [FAX送信日時]　　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分 |
| [搬送希望時期]　　令和　　年　　月　　日（　）から　（　　）日以内 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊産褥婦基本情報 | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生年月日　Ｓ・Ｈ　 　年　　 月　　 日 |
| 患者住所　　　　 |
| 搬送元医療機関（埼玉県）　　　　　　　　　　 |
| 搬送日（埼玉県→貴院への搬送）　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 妊娠週数・産褥日数　 妊娠（　　）週（　　）日 ・ 産褥（　　）日・不明 |
| 妊娠歴　　　妊（　　）回　　　産（　　）回　　前回帝王切開（あり・なし） |
| 保険情報　　社保　　　国保　　　無　　　不明　　　その他（　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 搬送理由 | 疾　患 | □切迫早産　□前期破水　□前置胎盤　□ＨＤＰ　□ＦＧＲ　□胎児機能不全　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼時の週数 | （　　　）週（　　　）日 |
| 症状等 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 母体・胎児情報 | 出血 | □なし　　　　□あり（　　　　　　　ｍｌ） |
| 子宮収縮 | □なし　　　　□あり（　　　　　　　分毎） |
| 破水 | □なし　　　　□あり（時刻：　　月　　 日　　 時　 　分） |
| 子宮口 | 開大　（　　　）ｃｍ　　　展退　（　　　）％ |
| 胎数 | □単胎　　　　□多胎（　　胎・ＭＤ・ＤＤ） |
| 胎位 | □頭位　　　　□骨盤位　　　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 推定児体重 | 　（　　　　　）ｇ |
| 胎児緊急性 | □あり　　　　□なし |
| ※以下は必要に応じて記載してください。 |
| 母体情報 | バイタルサイン | 体温　（　　　）℃　　血圧（　　　）／（　　　）mmHg |
| 脈拍数（　　　）回／分　尿タンパク（　　　　　　） |
| 血液型 | （　　　）型　Ｒｈ（＋・－）　・　不規則抗体（＋・－） |
| 合併症・感染症等 |  |
| 胎児情報 | 奇形 | □なし　　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＣＴＧ異常 | □なし　　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の治療 | 子宮収縮抑制剤 | □リトドリン（　　　　）μｇ／min　　 □MgSO４（　　　　）ｇ／day |
| 抗生物質 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |
| その他特記事項 |  |