**新生児・乳児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 |
| [調整結果回答期限]　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　　分 |
|  [搬送希望時期]　　令和　　年　　月　　日（　）から　（　　）日以内 |

|  |  |
| --- | --- |
| 新生児・乳児基本情報 | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別（　男　・　女　） |
| 生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日　　（日齢　　　　）　 |
| 搬送元医療機関名（埼玉県）　　　　　　　　　　　　　　母体搬送・新生児搬送 |
| 搬送日（埼玉県→貴院への搬送）　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 自宅住所 |
| 在胎期間　　　週　　　日　　　修正週数　　　　週　　　　日 |
| 体重　　　出生時　　　　　ｇ　／　　　月　　日現在　　　　　　ｇ　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 搬　送　理　由 |  疾患名等 具体的な症状 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新 生 児・乳 児 情 報 | 経管栄養の有無 | □　あり　　　　□　なし |
| 気管切開の有無 | □　あり　　　　□　なし |
| 酸素療法の要否 | □　必要　　　　　　酸素投与（　）％又は（　　）ℓ　　呼吸数（　　）／分　ＳｐＯ₂（　）％　心拍数（　）／分□　不要 |
| 保育器の要否 | □　必要　　　　□　不要 |
| 出生後の経過 |  |
| その他特記事項 |  |