

新生児医療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名: _____ 病院 紹介元医療機関名: _____ 病院
 徳島県立中央病院 小児科 医師 _____

母氏名: _____ 様 _____ 歳 国籍: _____
O型 A型 B型 AB型 Rh(+) Rh(-)

父氏名: _____ 様 _____ 歳 国籍: _____
O型 A型 B型 AB型 Rh(+) Rh(-)

患者住所: _____ 市/郡 _____ 町
 TEL: _____ - _____ - _____

母体搬送を受けていた場合:(二次・三次医療機関のみ記入)
 母体入院日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
 (緊急母体搬送 非緊急母体搬送)

母体搬送理由 PROM 切迫早産 原因不明出血
IUGR PIH 胎盤早期剥離 前置胎盤
胎盤機能不全 non reassuring state(胎児ジストレス)
胎児形態異常 CAM 羊水過多 羊水過少
骨盤位 Rh不適合妊娠 糖尿病合併妊娠
分娩停止・難産 CPD 多胎
その他(_____)

母体搬送元施設: _____ 紹介医: _____

母体の妊娠分娩歴 : (今回を除く)
 妊娠回数 _____ 回 分娩回数 _____ 回
 人工流産 _____ 回 自然流産 _____ 回 死産 _____ 回
 異常出産 なし あり(_____)

嗜好: 飲酒 なし あり 喫煙: なし あり(_____ 本/日)

妊娠経過:(今回)
妊娠成立: 自然妊娠 排卵誘発剤 clomiphen HMG
AIH AID IVF-ET ICSI 他(_____)
単胎・多胎: 単胎 双胎(MD・DD・MM) 品胎(膜性: _____)
母体合併症: なし
糖尿病 甲状腺疾患 自己免疫疾患 心疾患
腎疾患 精神疾患 神経疾患 発熱 貧血
その他(_____)
治療薬(_____)
母体感染症: なし
HBsAg(+) C型肝炎 HIV 梅毒 GBS
サイトメガロ クラミジア HTLV-1(検査:あり なし)
その他産科的合併症: なし
切迫早産 PROM 絨毛膜羊膜炎(CAM) 前置胎盤
胎盤早期剥離 羊水過多 羊水過少 PIH
浮腫 蛋白 高血圧(_____ / _____ mmHg)
胎盤機能不全: IUGR(_____ 週頃より)
胎児の形態異常: なし あり
non reassuring state(胎児ジストレス)
その他

胎児心拍モニター: reactive non-reactive 持続性頻脈
遅発性徐脈: sinusoidal pattern prolonged deceleration
変動性徐脈: mild severe
decreased variability loss of variability

分娩経過:
破水: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 自然 人工破膜
分娩方法: 自然 吸引 鉗子 圧出 誘発
帝王切(予定・緊急)(理由: _____)

分娩胎位: 頭位 骨盤位 その他(_____)

使用薬剤: なし ステロイド剤 抗生剤 陣痛促進剤
陣痛抑制剤 リトドリン マグネシウム 他(_____)
その他(_____)

分娩時胎児心拍モニター 異常: なし あり(_____)

羊水の異常: なし あり(混濁、過多、過少) _____)

臍帯の異常: なし あり(巻絡、短小、 _____)

胎盤の異常: なし あり(梗塞、小胎盤、 _____)

出生日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
 性別: 男 女 単胎 多胎 _____ 胎中第 _____ 子
 在胎: _____ 週 _____ 日 予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 出生時計測 体重 _____ g 身長 _____ cm 頭位 _____ cm 胸囲 _____ cm
 APGAR SCORE: 1分 _____ 点 5分 _____ 点 10分 _____ 点
 蘇生術: なし O2吸入 mask&bag 気管内挿管
心マッサージ 薬剤使用(_____)

妊娠・分娩経過中の異常と処置

入院紹介理由:
低出生体重 呼吸障害 チアノーゼ 痙攣
仮死 形態異常 腹部膨満 嘔吐 黄疸
発熱 not doing well その他(_____)

出生後の児の経過と処置:
点眼済 Vit.K済 代謝異常等マススクリーニング検査済