

スーパー母体救命専用

母体搬送依頼書

★緊急に母体救命処置の必要な妊産褥婦(「スーパー母体救命」)の依頼時のみ使用

依頼元施設名		担当医師名	
所在地		電話番号	(内線)
依頼日時	20 年 月 日 :		
フリガナ 患者氏名	年齢 歳	生年月日	S・H 年 月 日生
患者住所		電話番号	
妊娠に関する情報	妊娠 週 日 産褥 日	初産・産 回	前回帝王切開 (有・無)

搬送理由 スーパー母体救命と判断した理由	1. 妊産褥婦の救急疾患合併 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 急性心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 重症感染症、敗血症性ショック <input type="checkbox"/> 重症外傷、熱傷 <input type="checkbox"/> 多臓器機能障害・不全
	2. 産科救急疾患(重症) <input type="checkbox"/> 羊水塞栓症 <input type="checkbox"/> 子癇、妊娠高血圧症候群重症型 <input type="checkbox"/> HELLP症候群、急性妊娠脂肪肝 <input type="checkbox"/> 出血性ショック(疾患名) <input type="checkbox"/> 産科DIC(疾患名)
	3. その他の重篤な症状で重篤な疾患が疑われるもの <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 激しい頭痛 <input type="checkbox"/> 激しい胸痛 <input type="checkbox"/> 激しい腹痛 <input type="checkbox"/> 原因不明のバイタルサイン異常 <input type="checkbox"/> その他()
	具体的な症状・疾患等、その他の症状・疾患等

バイタルサイン	顔色	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 黄・紅潮 <input type="checkbox"/> 土気色 <input type="checkbox"/> 蒼白・チアノーゼ
	意識	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> なし
	呼吸	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
	脈拍	回/分 <input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整 血圧 / mmHg

母体情報	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)
	破水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時刻: 月 日 時)
	子宮口	cm 展退 %
	血液型	型 Rh (+・-) 不規則抗体 (+・-)
	感染症陽性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa氏 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV-1
	既往歴	

胎児情報	胎位	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 ()
	推定体重	g 胎数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (胎・MD・DD)

特記事項 (経過、治療内容等)	
--------------------	--

★以下は、この用紙により受入要請を受けた医療機関においてご活用ください。

[受入れ後の患者の状況]

経過等	<input type="checkbox"/> 即日入院 <input type="checkbox"/> 入院(年 月 日) <input type="checkbox"/> 外来管理 <input type="checkbox"/> 帰宅
	<input type="checkbox"/> 転院・転送(年 月 日) 転院先()
確定診断 ()	
手術等の処置 ()	
分娩	<input type="checkbox"/> 妊娠管理中 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (年 月 日)
児の状態	体重 g <input type="checkbox"/> 生産 (<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 異常) <input type="checkbox"/> 死産
NICUへの収容	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設(転院先)
その他連絡事項 ・転帰等	
報告年月日	20 年 月 日
受入医療機関名	() 医師名 ()
電話	() FAX ()

※本用紙により依頼を受け、患者を受け入れた医療機関において点線以下を記入し、依頼元への連絡等にご活用ください。