

母体搬送用

搬送調整依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

- 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。
- 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）

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	出産予定日	月 日
	妊娠歴	妊 回 産 回	既往帝王切開	(あり ・ なし)

搬送理由	<input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> HDP <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
------	---

緊急度	<input type="checkbox"/> 胎児救急 <input type="checkbox"/> () 時間以内搬送 <input type="checkbox"/> 本日中搬送
-----	--

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 ()
	推定児体重	g

※ 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 °C 血圧 / mmHg
		脈拍数 回/分 尿タンパク ()
	合併症・感染症等	

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	<input type="checkbox"/> リトドリン μg/min <input type="checkbox"/> 硫酸マグネシウム g/day
	<input type="checkbox"/> 抗菌薬 ()
	ステロイド (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()

その他特記事項 (含む 胎盤・臍帯異常)	
-------------------------	--

保険証	社保 ・ 国保 ・ 無 ・ 不明 ・ その他 ()
-----	---

- 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。