

送付先（東京都コーディネーター）
FAX：03-3212-5022

東京都医療機関→東京都コーディネーター
（埼玉県母体・新生児戻り搬送事業）

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（フリガナ）	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	気管切開の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	酸素療法の要否	<input type="checkbox"/> 必要 酸素投与 () % 又は () ℓ 呼吸数 () / 分 SpO ₂ () % 心拍数 () / 分 <input type="checkbox"/> 不要
	保育器の要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	出生後の経過	
その他特記事項		