

変更前

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、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。
（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	
	妊娠週数・産褥日数	妊娠 週 日	産褥 日	不明
	妊娠歴	経妊 回	経産 回	前回帝王切開 (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"/> PIH <input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> その他 ()
	具体的な症状・疾患等 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

緊急度	<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)
	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 %
	胎数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (胎・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 ()
	血液型	型 Rh (+・-) ・ 不規則抗体 (+・-)
	合併症・感染症等	

胎児情報	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"/> MgSO4 g/day
	<input type="checkbox"/> 抗生物質 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()

その他特記事項	
---------	--

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。

変更後

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	不明		
	妊娠歴	経妊 回	経産 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"/> PIH <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 (疑い) <input type="checkbox"/> FGR <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 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"/> MgSO4 g/day
	<input type="checkbox"/> 抗菌薬 ()
	<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。

変更前

新生児搬送用

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等が受入・調整不能で、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。
(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	

新生児基本情報	氏名（フリガナ）		性別	男 ・ 女
	自宅住所	東京都 () 県	区・市	
	生年月日	20 年 月 日	午前 ・ 午後	時 分

搬送理由	<input type="checkbox"/> 早期産 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無呼吸発作 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 染色体異常の疑い <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 活気不良 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 奇形 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 紫斑及び血腫 <input type="checkbox"/> 分娩外傷 <input type="checkbox"/> 哺乳障害 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> ハイリスク児 <input type="checkbox"/> その他 ()
	具体的な症状・疾患等 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

分娩情報	娩出方法	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 骨盤位牽出術 <input type="checkbox"/> 帝王切開（予定） <input type="checkbox"/> 帝王切開（緊急） 帝切適応 ()
	分娩異常	<input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 絨毛膜羊膜炎 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 羊水過少 <input type="checkbox"/> 分娩遷延 <input type="checkbox"/> 羊水混濁 <input type="checkbox"/> NRFS <input type="checkbox"/> その他 ()
	母体感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

新生児情報	在胎期間	週 日	出生体重	g
	アプガースコア	1分 点	5分 点	
	呼吸障害のある場合	<input type="checkbox"/> 酸素投与 % 又は 0 <input type="checkbox"/> 気管挿管 呼吸数 / 分 SpO ₂ % 心拍数 / 分		
	嘔吐のある場合	胆汁混入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	重症黄疸の場合	生後 時間	T Bil	mg/dl
		クームス（直・間）	陽性 ・ 未検	
出生後の経過				

その他特記事項	
---------	--

変更後

新生児搬送用

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等が受入・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	

新生児基本情報	氏名（フリガナ）		性別	男 ・ 女
	自宅住所	東京都 () 県	区・市	
	生年月日	20 年 月 日	午前 ・ 午後	時 分

搬送理由	<input type="checkbox"/> 早期産 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無呼吸発作 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 染色体異常の疑い <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 活気不良 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 奇形 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 紫斑及び血腫 <input type="checkbox"/> 分娩外傷 <input type="checkbox"/> 哺乳障害 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> ハイリスク児 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な症状・疾患等

分娩情報	娩出方法	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 骨盤位牽出術 <input type="checkbox"/> 帝王切開（予定） <input type="checkbox"/> 帝王切開（緊急） 帝切適応 ()
	分娩異常	<input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 絨毛膜羊膜炎 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 羊水過少 <input type="checkbox"/> 分娩遷延 <input type="checkbox"/> 羊水混濁 <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> その他 ()
	母体感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

新生児情報	在胎期間	週 日	出生体重	g
	アプガースコア	1分 点 5分 点	10分 点	分 点
	呼吸障害のある場合	<input type="checkbox"/> 酸素投与 % 又は ℓ <input type="checkbox"/> 気管挿管 呼吸数 /分 SpO ₂ % 心拍数 /分		
	嘔吐のある場合	胆汁混入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	重症黄疸の場合	生後 時間 T Bil mg/dl クームス（直・間） 陽性 ・ 未検		
	出生後の経過			

その他特記事項	
---------	--