



FAX : 03-5388-1441
東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課宛

東京都胎児救急搬送システム 搬送受入に関する調査票

医療機関名

〇〇大学病院

胎児救急として要請を受けた場合（胎児救急として要請を受けたもの及び胎児救急に相当すると事後に判断したものすべて）に記載し、FAXにて情報の提供をお願いいたします。 ※受入不可の場合もご提出をお願いいたします。

区分	<input type="checkbox"/> 胎児救急として依頼を受けたもの （ <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 早産期の胎児機能不全 ） <input checked="" type="checkbox"/> 胎児救急に相当すると事後に判断したもの 要請時の診断名（ 切迫早産 ）
搬送要請日時	平成28年4月1日（金曜日）午前 午後 10時20分ごろ
依頼元施設名	都庁〇〇病院
受け入れの可否	受入可 受入不可（不可理由： ）

「受入可」の場合は以下についてもご記入ください

搬送受入日時	年月日	平成 28 年 4 月 1 日			
	覚知時間※	午前 午後	10時	35分	※消防機関が通報を認知した時間
	病院到着時間	午前 午後	10時	50分ごろ	
	救急隊名	西新宿2 救急隊			
母体の状況 (診断後)	年齢等	35歳	妊娠週数	32週	
	疾患名	常位胎盤早期剥離 胎児機能不全 その他（ ）			
	対応・処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 要急速遂娩 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急帝王切開 <input checked="" type="checkbox"/> 輸血 <input checked="" type="checkbox"/> 抗DIC治療 子宮収縮抑制薬投与 その他（ ）			
	母転帰	退院 転院 入院中 死亡	<input type="checkbox"/> 妊娠継続		
新生児の状況	分娩日時	平成28年4月1日	午前 午後	11時08分	
	分娩様式	経膣 吸引・鉗子	帝王切開	出生体重	1572 g
	アプガースコア	3点/1分	6点/5分	臍帯動脈血pH	6.870
	対応・処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 新生児仮死蘇生術 低体温療法 その他（ ）			
	NICU・GCU入院	入院あり 入院なし 死産			
	児転帰	退院 転院 入院中 死亡			
その他特記事項 (入院後の状況変化や対応等)	新規追加 児の死亡理由予後に影響する疾患等 児に、心臓疾患や染色体異常等IUIDや予後に影響すると思われる疾患等を記載してください。				

記入者：

H30.11月改訂