

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）

母体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
	[搬送希望時期]	令和 年 月 日 () から () 日以内

妊産褥婦基本情報	氏名（フリガナ）	生年月日 S・H 年 月 日
	患者住所	
	搬送元医療機関（埼玉県）	
	搬送日（埼玉県→貴院への搬送）	年 月 日
	妊娠週数・産褥日数	妊娠 () 週 () 日・産褥 () 日・不明
	妊娠歴	妊 () 回 産 () 回 前回帝王切開（あり・なし）
	保険情報	社保 国保 無 不明 その他 ()

搬送理由	疾患	<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"/> FGR <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> その他 ()
	依頼時の週数	() 週 () 日
	症状等	

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
	胎児緊急性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※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	子宮収縮抑制剤	<input type="checkbox"/> リトドリン () μg/min <input type="checkbox"/> MgSO4 () g/day
	抗生物質	()
	その他	
その他特記事項		