

様式3

母体搬送依頼電話受信票

電話受信者

紹介元医療機関名： _____

県中 金大 金医大 金沢医療

医師氏名： _____

医師名： _____

電話： _____ FAX： _____

<p>電話受信日時 _____年____月____日____時____分</p>	<p>経過メモ</p>
<p>ふりがな 妊婦氏名 _____ 様 年齢 ____ 歳 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>妊娠週数 _____ 週 ____ 日 妊娠分娩歴 _____ 妊 ____ 産</p>	
<p>母体搬送・紹介理由 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 前期破水(____月____日____時) <input type="checkbox"/> 多胎(____胎____絨毛膜__羊膜) <input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> 胎児奇形疑い(_____) <input type="checkbox"/> 重症妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> FGR <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離疑い <input type="checkbox"/> 前回帝王切開 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 羊水過多・過少 <input type="checkbox"/> 産褥出血 <input type="checkbox"/> 合併症妊娠(_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	
<p>病院内連絡 小児科 _____ 先生と相談</p>	
<p>返事・対応 <input type="checkbox"/> 受け入れ可能 <input type="checkbox"/> 受け入れ不能</p>	
<p>○受け入れ可能時 搬送日時：<input type="checkbox"/> 即日搬送(_____ 時頃予定) <input type="checkbox"/> 後日紹介(_____ 月 _____ 日)</p> <p>搬送方法：<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(_____)</p>	<p>×受け入れ不能時 理由：<input type="checkbox"/> NICU満床 <input type="checkbox"/> 産科満床 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(_____)</p> <p>転帰：<input type="checkbox"/> 他施設紹介(_____) <input type="checkbox"/> 不明</p>