

紹介状・診療情報提供書（産科用）

平成 年 月 日

自治医科大学附属さいたま医療センター

〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町 1-847

TEL(048)647-2111 FAX(048)648-5180

産科

医療機関の名称

及び所在地

電話番号

F A X

診療科医師氏名

印

担当医 _____ 殿

ふりがな 患者氏名	貴院 ID 番号 ()
患者住所 電話番号	
生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)	職業
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> 眼科疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> その他甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 後天性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 急性肝炎 (<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> S L E <input type="checkbox"/> シェーグレン <input type="checkbox"/> R A <input type="checkbox"/> I T P <input type="checkbox"/> A T L <input type="checkbox"/> 子宮頸部異形成 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度) <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> H I V <input type="checkbox"/> A T L <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳動脈奇形 <input type="checkbox"/> 眼科疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> その他甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 後天性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 急性肝炎 (<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> S L E <input type="checkbox"/> シェーグレン <input type="checkbox"/> R A <input type="checkbox"/> I T P <input type="checkbox"/> A T L <input type="checkbox"/> 子宮頸部異形成 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度) <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

産科既往歴 経妊 経産 多胎(無 有) 双胎 三胎 自然流産 人工流産

分娩歴 ① _____歳 _____週 _____日 _____g 男 女

帝王切開 無 有 適応 ()

妊娠中合併症 無 有 (妊娠高血圧 切迫流産入院 切迫早産入院
その他 ())

新生児入院 無 有 理由 ()

分娩時合併症 無 有 ()

② _____歳 _____週 _____日 _____g 男 女

帝王切開 無 有 適応 ()

妊娠中合併症 無 有 (妊娠高血圧 切迫流産入院 切迫早産入院
その他 ())

新生児入院 無 有 理由 ()

分娩時合併症 無 有 ()

③ _____歳 _____週 _____日 _____g 男 女

帝王切開 無 有 適応 ()

妊娠中合併症 無 有 (妊娠高血圧 切迫流産入院 切迫早産入院
その他 ())

新生児入院 無 有 理由 ()

分娩時合併症 無 有 ()

④ _____歳 _____週 _____日 _____g 男 女

帝王切開 無 有 適応 ()

妊娠中合併症 無 有 (妊娠高血圧 切迫流産入院 切迫早産入院
その他 ())

新生児入院 無 有 理由 ()

分娩時合併症 無 有 ()

⑤ _____歳 _____週 _____日 _____g 男 女

帝王切開 無 有 適応 ()

妊娠中合併症 無 有 (妊娠高血圧 切迫流産入院 切迫早産入院
その他 ())

新生児入院 無 有 理由 ()

分娩時合併症 無 有 ()

今回の妊娠

自然妊娠 不妊治療 排卵誘発 G I F T I V F - E T I C S I
その他 ()

最終月経 _____年____月____日 整 (_____日周期) 不順

分娩予定日 _____年____月____日

(最終月経から 基礎体温から C R Lから 不妊治療から)

C R Lによる修正 無 有

C R L _____週____日 _____mm _____週____日 _____mm

妊娠経過

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

.....

_____週____日 BPD _____mm F L _____mm EFW _____g

特記事項

検査データ 検査結果のコピーを添付いただいても結構です。

妊娠初期 血液型 A B O ABRh (+・-) 不規則抗体 無 有 ()
HBsAg (+・-) HBeAg(+・-) HBeAb(+・-) HCV (+・-)
STS・RPR (+・-) TPHA (+・-) HIV (+・-) HTLV-1 (+・-)
風疹抗体価 (倍) トキソプラズマ IgG (倍)

Hb _____ g/dℓ Ht _____ % PI t _____ 万
血糖 _____ mg/dℓ
75 g GTT 前 _____ mg/dℓ 60 分 _____ mg/dℓ 120 分 _____ mg/dℓ
子宮頸部細胞診 _____ その他 _____

妊娠中期 Hb _____ g/dℓ Ht _____ % PI t _____ 万
血糖 _____ mg/dℓ 50 g GCT _____ mg/dℓ
75 g GTT 前 _____ mg/dℓ 60 分 _____ mg/dℓ 120 分 _____ mg/dℓ
膣培養 _____ クラミジア + -

妊娠後期 Hb _____ g/dℓ Ht _____ % PI t _____ 万
その他 _____
膣培養 GBS + -

《緊急紹介の場合は以下もご記入ください》

本日の妊娠週数 週 日

搬送依頼理由

貴院での治療 無 有
内容

本人・家族への説明内容

その他