

和歌山県立医大 NICU 入室予約依頼用紙 (年 月 日)

依頼産科施設： (☎ :) 医師名：

母親氏名： (生年月日： 年 月 日： 歳) ID 番号：

【紹介の主訴】

切迫早産, 胎児仮死, 胎児奇形疑い, 子宮内発育遅延, 多胎, 母体の疾患, その他

胎児情報：在胎 週 日 (予定日： 年 月 日) 推定体重 g (年 月 日現在)

紹介の要点：

※新生児入院依頼の場合 生年月日： 年 月 日 | 在胎 週 日 (予定日： 年 月 日)

アプガースコア： 直後 点, 1分 点, 5分 点, () 分 点

体重： g | 身長： cm | 頭囲： cm | 胸囲： cm

【母体搬送】

有 ・ 無 | 緊急 ・ 非緊急 | 母体搬送紹介元施設：

【既往妊娠分娩歴】

初産 ・ 経産

経妊 () 回, 経産 () 回, 自然流産 () 回, 人工流産 () 回, 死産 () 回

	生年月日	在胎週数	出生体重	性別	転帰
第1子	年 月 日	週 日	g	男・女	健康・その他 ()
第2子	年 月 日	週 日	g	男・女	健康・その他 ()
第3子	年 月 日	週 日	g	男・女	健康・その他 ()
第4子	年 月 日	週 日	g	男・女	健康・その他 ()

【不妊治療】

有 ・ 無 | 排卵誘発剤, AIH, 体外授精, その他 ()

【妊娠中毒症】

有 ・ 無 | 浮腫, 蛋白尿, 高血圧, 子癇, 子癇前症

【感染症】

有 ・ 無 | クラミジア, 性器ヘルペス, 膣培養 GBS, 膣培養 MRSA, その他 ()

母体感染徴候： 有 ・ 無 : WBC = / μ l, CRP = mg/dl (年 月 日)

【生活習慣】

	体重	身長	喫煙	飲酒	常用薬	常用薬剤名
妊娠前	kg	cm	本/日	<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 毎日, <input type="checkbox"/> 週数回, <input type="checkbox"/> 機会毎	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
妊娠後	kg		本/日	<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 毎日, <input type="checkbox"/> 週数回, <input type="checkbox"/> 機会毎	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

【合併疾患】

無, 糖尿病, 甲状腺機能亢進症, 甲状腺機能低下症, 自己免疫疾患, 血小板減少性紫斑病, 心疾患
 腎疾患, 肝疾患, 精神疾患, 神経疾患, その他 ()

【血清・抗体価】

	結果	抗体価	測定方法
HBs 抗原	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性		<input type="checkbox"/> PA, <input type="checkbox"/> CLEIA, <input type="checkbox"/> RIA, <input type="checkbox"/> その他
HBe 抗体	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性		<input type="checkbox"/> EIA, <input type="checkbox"/> RIA, <input type="checkbox"/> その他
HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性		<input type="checkbox"/> PHA, <input type="checkbox"/> EIA, <input type="checkbox"/> RIA, <input type="checkbox"/> その他

Wa 氏	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> ガラス法, <input type="checkbox"/> PRP, <input type="checkbox"/> TPHA, <input type="checkbox"/> その他
HTLV-1 抗体	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> EIA, <input type="checkbox"/> PA, <input type="checkbox"/> その他
HIV 抗体	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> EIA, <input type="checkbox"/> PA, <input type="checkbox"/> その他
風疹抗体	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> HI, <input type="checkbox"/> EIA, <input type="checkbox"/> CF, <input type="checkbox"/> FA, <input type="checkbox"/> その他
トキソプラズマ抗体	<input type="checkbox"/> 不明, <input type="checkbox"/> 陰性, <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> PHA, <input type="checkbox"/> EIA, <input type="checkbox"/> その他

【産科合併症】

<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 前期破水, <input type="checkbox"/> 感染徴候, <input type="checkbox"/> 切迫早産, <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離, <input type="checkbox"/> 羊水過多, <input type="checkbox"/> 羊水過少, <input type="checkbox"/> 羊水混濁 <input type="checkbox"/> 絨毛羊膜炎, <input type="checkbox"/> 胎児奇形, <input type="checkbox"/> 前置胎盤, <input type="checkbox"/> 頸管無力症, <input type="checkbox"/> その他 ()

【使用薬剤】

<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 陣痛抑制剤 (<input type="checkbox"/> リトドリン, <input type="checkbox"/> プリカニール, <input type="checkbox"/> 硫酸 Mg, <input type="checkbox"/> インドメサシン) <input type="checkbox"/> 陣痛誘発剤 <input type="checkbox"/> ステロイド剤, <input type="checkbox"/> 抗生物質 (), <input type="checkbox"/> その他 ()

※ステロイド使用の場合		
薬剤名	投与量	投与時刻
.		
.		

【胎児情報】

胎児奇形	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()
胎児不整脈	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()
胎児仮死徴候	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()
多胎	<input type="checkbox"/> 双胎, <input type="checkbox"/> 品胎, <input type="checkbox"/> 要胎以上, 卵性診断 (), 膜性診断 (絨毛 羊膜)
その他の病態	()

【分娩】

分娩異常	<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 微弱陣痛, <input type="checkbox"/> 臍帯脱出, <input type="checkbox"/> 横位固定, <input type="checkbox"/> 遷延分娩, <input type="checkbox"/> 回旋異常, <input type="checkbox"/> その他 ()
分娩様式	<input type="checkbox"/> 経腔, <input type="checkbox"/> 予定帝王切開術, <input type="checkbox"/> 緊急帝王切開術 (帝王切開の適応理由:)
急速墜娩術	<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 吸引分娩, <input type="checkbox"/> 圧出分娩, <input type="checkbox"/> 鉗子分娩, <input type="checkbox"/> その他 ()
胎位	<input type="checkbox"/> 頭位, <input type="checkbox"/> 骨盤位, <input type="checkbox"/> 殿位, <input type="checkbox"/> 足位, <input type="checkbox"/> 顔位, <input type="checkbox"/> その他 ()
・第1期開始	年 月 日 時 分
・第2期開始	年 月 日 時 分
・破水	年 月 日 時 分
・胎児娩出	年 月 日 時 分
・胎盤娩出	年 月 日 時 分

胎盤	g	<input type="checkbox"/> 正常, <input type="checkbox"/> 梗塞, <input type="checkbox"/> 石灰化, <input type="checkbox"/> 癒着, <input type="checkbox"/> その他 ()
胎盤病理所見		
絨毛羊膜炎	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	絨毛羊膜炎病理所見 ()
羊水	ml	羊水混濁: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> +, <input type="checkbox"/> ++, <input type="checkbox"/> 胎便混入, <input type="checkbox"/> 血性
臍帯	長さ cm	臍帯巻絡: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無, 臍帯結節: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
出血量	ml	

【父母基本情報】

	氏名	ID 番号	生年月日	年齢	職業	血液型
母親	記載済み	記載済み	記載済み	記載済み		型 Rh (+・-)
父親			年 月 日			型 Rh (+・-)
結婚年月日: 年 月 日				入籍の有無: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
自宅郵便番号		-		自宅電話番号		- -
自宅住所						
里帰り分娩	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		連絡先		<input type="checkbox"/> 母実家, <input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡先の郵便番号		-		連絡先の電話番号		- -
連絡先の住所						
その他の連絡先 (携帯など)						