

転送日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介元施設

患者氏名 (カタカナ)

(旧姓)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

従来の紹介状は不要です

① 妊娠週数	_____ 週 _____ 日 <input checked="" type="checkbox"/> 初産・ <input checked="" type="checkbox"/> 経産
② アレルギー	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → ( _____ )
③ 既往歴 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 腹部手術既往 <input type="checkbox"/> 凝固異常 <input type="checkbox"/> HIV・HCV・HBV 感染有 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> その他 → ( _____ )
④ 身長 / 体重	_____ cm / _____ kg → 歯のグラつき: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
⑤ 最終食事時間	_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃
⑥ 発生時刻	_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃
⑦ 発生症例	<input checked="" type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input checked="" type="checkbox"/> 臍帯脱出 <input type="checkbox"/> 子癇発作 (HELLP 症候群) <input type="checkbox"/> 呼吸困難, 意識消失 <input type="checkbox"/> 胎児胎盤機能不全 <input checked="" type="checkbox"/> 交通外傷 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠破裂 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
⑧ 静脈ルート	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 末梢ルート (左): _____ G 末梢ルート (右): _____ G
⑨ 最終バイタル	脈拍: _____ 回 血圧: _____ / _____ SpO <sub>2</sub> : _____ % ( _____ L)
⑩ CTG モニター iPicss 撮影	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有



蘇生



Airway

気道確保

Breathing

酸素投与 10L

Circulation

ルート確保

⑪ iPicss で撮影後、送信

