診療情報提供書(産科患者搬送用)

鹿児島大学病院産科　Tel：099-275-5891　Fax：099-275-5891

搬送元施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX 番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		フリガナ	
患者氏名		旧姓	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	年齢	歳
鹿児島大学病院　受診歴	あり　・　なし		

分娩予定日：　　年　　月　　日（現在妊娠　　週　　日）

血液型：　　型　Rh（＋・—）

感染症：HBV(＋・－)、HCV(＋・－)、梅毒(＋・－)、HIV(＋・－)、HTLV-1(＋・－)

＜妊娠分娩歴＞　G　　P

分娩年齢	分娩週数	出生時体重	分娩方法	特記事項
歳	妊娠　　週	g		
歳	妊娠　　週	g		
歳	妊娠　　週	g		

推定体重(　　月　　日)：　　g　　胎位：頭位・骨盤位・横位

簡単な経過