診療情報提供書（母体搬送・紹介）

紹介日：平成　　年　　月　　日

搬送先		搬送元	
医療機関名	病院	医療機関名	医院・病院
担当医	先生	担当医	先生

フリガナ（必須） 患者氏名　　様	昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳）
現住所	搬送先病院への受診歴 （有　・　無）

診断名　　妊娠　　週　　日　　G（　　）P（　　）

最終月経　：平成　　年　　月　　日から　　日間

分娩予定日：平成　　年　　月　　日（最終月経・排卵日・超音波；GS，CRL，BPD）

検査成績

血液型：　型　Rh	（　）	梅毒血清反応：スライド法	（　）
		TPHA	（　）
HBs抗原	（　）	HCV抗体	（　）
HIV抗体	（　）	HTLV-1抗体	（　）
頸部細胞診	（　）	クラミジア抗体	（　）
GBS：（　週）	（　）	抗原	（　）
風疹抗体	（　倍）	トキソプラズマ抗体	（　倍）
血糖値	（　）		
貧血	（　）		

注：検査結果のデータは必ず貼付（あるいは本人持参）

母体搬送（紹介）理由，経過など

本人・家族への説明内容

広島県産婦人科医会 2003