

広島総合周産母子センター 緊急母体搬送連絡票

貴院		
患者氏名	姓 名	フリガナ
生年月日	年 月 日	(歳)
当院受診歴	あり なし 不明 (旧姓 :)	
妊娠週数	週 日 (予定日 月 日)	頭位・骨盤位
妊娠歴	初産婦 経産婦(P) 帝切既往 有 ・ 無	
○をしてください(感染症・合併症などは連絡事項に)		
搬送理由	早剥 (疑い) ・ NRFS(心拍異常)	
該当に○	前期破水 ・ 胎胞脱出	
	切迫早産 ・ 高血圧(/)	
	連絡事項()	
症状	出血 (多量 ・ 中等量 ・ 少量)	
該当に○	腹痛 ・ 圧痛 ・ 収縮あり ・ 頭痛	
児心拍数	正常(回復) ・ 一過性徐脈 ・ 徐脈	

搬送先に○	県立広島病院 ()	広島市民病院 ()
FAX	082-254-5078	082-212-3172
電話	082-254-1818 (代表)	082-212-3172