

静岡県立こども病院 母体新生児情報紹介用紙

依頼日時[年 月 日 時 分]

産科担当医 []
 紹介元 [産科 小児科] 紹介元主治医氏名 []
 依頼理由 []

《母体情報》
 母親氏名 [] 生年月日[昭和・平成 年 月 日] 年齢[歳]
 母 ID []
 緊急時連絡先氏名 [(続柄)] 電話 []

《新生児情報》
 出生日時 [年 月 日 時 分] 在胎[週 日] 性別[男 女]
 出生体重 [g] 身長 [cm] 頭囲 [cm] 胸囲 [cm]

APGAR 1分 [点]

	0点	1点	2点
心拍数	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 100/分未満	<input type="checkbox"/> 100/分以上
呼吸	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不規則遅い	<input type="checkbox"/> 良好・啼泣あり
筋緊張	<input type="checkbox"/> 四肢弛緩	<input type="checkbox"/> 四肢を多少屈曲	<input type="checkbox"/> 自発運動あり
刺激反応	<input type="checkbox"/> 反応なし	<input type="checkbox"/> 顔をしかめる	<input type="checkbox"/> 咳、くしゃみ
皮膚色	<input type="checkbox"/> 全身チアノーゼまたは蒼白	<input type="checkbox"/> 体幹ピンク・四肢チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 全身ピンク

APGAR 5分 [点]

	0点	1点	2点
心拍数	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 100/分未満	<input type="checkbox"/> 100/分以上
呼吸	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不規則遅い	<input type="checkbox"/> 良好・啼泣あり
筋緊張	<input type="checkbox"/> 四肢弛緩	<input type="checkbox"/> 四肢を多少屈曲	<input type="checkbox"/> 自発運動あり
刺激反応	<input type="checkbox"/> 反応なし	<input type="checkbox"/> 顔をしかめる	<input type="checkbox"/> 咳、くしゃみ
皮膚色	<input type="checkbox"/> 全身チアノーゼまたは蒼白	<input type="checkbox"/> 体幹ピンク・四肢チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 全身ピンク

APGAR 10分 [点] ※仮死の場合

《母体スクリーニング》 血液型()型 Rh()

梅毒 [+ -] HIV (I II) [+ -] HCV抗体 [+ -]
 HBs抗原 [+ -] HBe抗原 [+ -] HTLV-1 [+ -]
 クラミジア抗原 [+ -] GBS()週 [+ -] 風疹 [倍]
 CMV IgG [+ -] IgM [+ -] トキソプラズマ [+ -]
 PB19 IgG [+ -] IgM [+ -] 不規則抗体 [+ -]

《家族歴・既往歴》

家族歴 [特記事項なし あり]
 既往歴 [特記事項なし あり]
 喫煙 [なし あり] 妊娠歴 [経妊 産 早産 生児]

《分娩経過》

胎児情報 [単胎 / 胎] 膜性 [絨毛膜 羊膜]

胎位 [頭位 骨盤位 横位 足位 その他]

分娩様式 [自然頭位 吸引 鉗子 選択的C/S 緊急C/S 適応]

妊娠管理 [産科管理中 母体搬送 (医院 病院 週頃)]

入院適応 [切迫早産 前期破水 先天性胎児異常 その他]

胎児モニタリング [Late Decel. Vari.Decel. prolonged Decel. LOV Overshoot
 sinusoidal pattern その他]

ステロイド投与 [なし あり (薬品名: _____ mg 月 日から _____ ケール)]

破水 [月 日 時 分] [term PROM preterm PROM その他]
 人工 自然]

分娩時間 [時間 分]

羊水所見 [過少 過多 悪臭 混濁 (+ ++ +++) その他]

臍帯所見 [巻絡 () 回 卵膜付着 辺縁付着 真結節 単一臍帯動脈
 その他]

胎盤所見 [重量 _____ g / その他: _____]

《妊娠経過》

妊娠方法 [自然 / 不妊治療 (排卵誘発 AIH cIVF ICSI その他)]

分娩予定日 [年 月 日]
(最終月経より CRLより 排卵日より その他)

感染 [発熱 発疹 感染症]

PIH [妊娠高血圧 妊娠高血圧腎症 加重型妊娠高血圧腎症 子癇]
(週頃から)

使用薬剤 [リトドリン Mg NSAIDs 抗生剤 その他]

合併症妊娠 [なし
 耐糖能異常 (GDM NIDDM IDDM)
 甲状腺機能異常
 その他]

その他 [IUGR (発症 週から) 前置胎盤 CAM 形態異常 切迫早産
 その他]

《現病歴(妊娠・分娩経過、新生児経過)》