

妊婦受け入れチェック票 FAX用紙

申込日 令和 年 月 日

患者様情報

| | | | |
|------------|---------------------------|------|-------------|
| フリガナ 氏名 | () | 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 住所 | | 電話番号 | |
| 弥栄病院受診歴 | あり（診察券番号) ・ なし ・ 不明（旧姓) | | |

| 予 定 日 分娩 | 西暦 年 月 日 | | B妊 M娠 I前 | | |
|-----------------------|---------------------|--------|----------------|---|---|
| | 分娩予定日時点の年齢 歳 | 初 ・ 経産 | | | |
| 現 在 の 状 況 | 妊娠高血圧症候群 高血圧合併妊娠も含む | | 有 | ・ | 無 |
| | 骨盤位 | | 有 | ・ | 無 |
| | 胎盤異常（前置胎盤 低位胎盤） | | 有 | ・ | 無 |
| | 子宮内胎児発育遅延 | | 有 | ・ | 無 |
| | 多胎妊娠 | | 有 | ・ | 無 |
| 既 往 症 | 帝王切開既往（適応） | | 有 | ・ | 無 |
| | 妊娠高血圧症候群 | | 有 | ・ | 無 |
| | 常位胎盤早期剥離 | | 有 | ・ | 無 |
| 合 併 症 | 甲状腺疾患 | | 有 | ・ | 無 |
| | 精神疾患 | | 有 | ・ | 無 |
| | HIV | | 有 | ・ | 無 |
| | 喘息 | | 有 | ・ | 無 |
| | 有の場合 現在の状況（) | | | | |
| | 循環器疾患 | | 有 | ・ | 無 |
| 有の場合 現在の状況（) | | | | | |

紹介元医療機関

| | | | |
|-------|--|---------|---|
| 名 称 | | 所 在 地 | 〒 |
| 診 療 科 | | 電 話 番 号 | |
| 医 師 名 | | FAX 番 号 | |

| | | | |
|-------|-----|-----------|--------------------|
| 受診希望日 | | 京丹後市立弥栄病院 | 電話番号 0772-65-2613 |
| 第1希望 | 月 日 | 地域医療連携室 | FAX番号 0772-65-2487 |
| 第2希望 | 月 日 | | 受付時間 平日8:30~16:00 |

*現在の患者様の状況にチェックしてください。

帰宅待機中