

埼玉県新生児救急医療連絡票・診療情報提供書 (①依頼施設用)

依頼施設名 (	) 担当科 (	科)
所 在 地 (	) T E L (	— —)
医 師 氏 名 (	印)	
児氏名	男 ・ 女 単胎・多胎(	) 胎()子 日 齡()
現住所	T E L	— —

1. 受け入れ施設名：県内・県外（ ）
2. 搬送方法
- 搬送手段： ☐自治体救急車 ☐施設保有救急車 ☐その他（ ）
- 搬送用器具：☐新生児救急医療事業保育器 ☐施設所有保育器 ☐簡易保育器 ☐抱いて ☐その他（ ）
- 搬送担当者：☐受け入れ施設医師（氏名： ）
- ☐依頼施設医師・看護師（氏名： ）
- ☐その他（ ）

※救急隊記入

3. 依頼施設到着時刻： H()年()月()日 午前・午後()時()分
依頼施設出発時刻： H()年()月()日 午前・午後()時()分
受け入れ病院到着時刻： H()年()月()日 午前・午後()時()分

4. 新生児情報(1) 出産直後
- 出生年月日: H () 年 () 月 () 日 午前・午後 () 時 () 分
- 在胎週数: 在胎 () 週 () 日 ☐ 不明
- 出生時計測値:
- 体重 () g 身長 () cm 頭囲 () cm 胸囲 () cm
- アプガースコア: 1 分後 () 点 5 分後 () 点 () 分後 () 点
- 蘇生術: ☐ なし
- ☐ あり: 吸引・酸素・マスクによる換気・気管内挿管・心マッサージ
- ☐ 薬剤の使用 ☐ なし ☐ あり (薬品)
- 出生場所: ☐ 依頼施設と同じ ☐ 依頼施設と異なる ()
- 分娩立会い者: ☐ 分娩施設 () 科) 医師 ☐ 受け入れ施設の医師
- ☐ その他 ()

5. 新生児情報(2) 依頼理由と送院までの経過と処置
- 依頼理由: ☐早産 ☐低出生体重児 ☐新生児仮死 ☐チアノーゼ ☐心雑音 ☐痙攣
☐嘔吐 ☐哺乳不良 ☐下痢 ☐吐血 ☐下血 ☐腹部膨満 ☐体重増加不良 ☐多呼吸
☐呻吟 ☐陥没呼吸 ☐鼻翼呼吸 ☐無呼吸 ☐黄疸 ☐元気がない ☐発熱(_____℃)
☐外表奇形(_____) ☐その他(_____)
- 依頼時の身体測定値:
体重(_____)g 身長(_____)cm 頭囲(_____)cm 胸囲(_____)cm ☐未検
- 出生後送院までの処置:
点眼: ☐未 ☐済み(薬剤: _____)
ビタミンK投与: ☐なし ☐あり(日齢 _____)
抗生物質投与: ☐なし ☐あり(薬品名 _____)
酸素投与: ☐なし ☐あり(_____ l / 分または酸素濃度 _____ %)
- 授乳: ☐未授乳 ☐授乳開始(母乳・人工乳 1回 _____ ml を1日 _____ 回) 哺乳力: ☐良 ☐不良
生後24時間以内の排便: ☐なし ☐あり 生後24時間以内の排尿: ☐なし ☐あり

6. 母体情報
- 母氏名 () 年齢 () 歳 既婚・未婚 職業 ()
父氏名 () 年齢 () 歳 職業 ()
母血液型 () 型 R h () 父血液型 () 型 R h () 血族結婚: ☐ なし ☐ あり

妊娠歴：□初回 □経妊（ ）回妊娠
そのうち□自然流産（ ）回 □人工流産（ ）回 □死産（ ）回

分娩歴：□初産 □経産 第（ ）子

第1回	S・H（ ）年（ ）月	在胎（ ）週	出生体重（ ）g	生存・死亡
第2回	S・H（ ）年（ ）月	在胎（ ）週	出生体重（ ）g	生存・死亡
第3回	S・H（ ）年（ ）月	在胎（ ）週	出生体重（ ）g	生存・死亡
第4回	S・H（ ）年（ ）月	在胎（ ）週	出生体重（ ）g	生存・死亡

児の異常：□なし □あり（第 ）子 過去の妊娠・分娩異常：□なし □あり（ ）

不妊治療：□なし □あり
内容（排卵誘発・ＡＩＨ・体外受精・顕微受精・その他）
最終月経：Ｈ（ ）年（ ）月（ ）日 予定日：Ｈ（ ）年（ ）月（ ）日
予定日判定：□超音波 □最終月経 □その他（ ）

妊娠分娩経過：
陣痛発来：H ()年 ()月 ()日 午前・午後 ()時 ()分 ☐不明
破水：H ()年 ()月 ()日 午前・午後 ()時 ()分 ☐不明
☐自然破水 ☐人工破膜 破水から分娩までの時間：()時間 ()分
胎位：☐頭位 ☐骨盤位 ☐その他 () 回旋異常：☐なし ☐あり
NST：☐未 ☐reactive ☐異常 所見 (☐variability 消失 ☐LD ☐徐脈 ☐頻脈 ☐その他 ())
娩出方法：☐経膈→☐自然分娩 ☐吸引分娩 ☐鉗子分娩
☐帝王切開 理由 ()
麻酔方法 ()

羊水： ☐ 過多（妊娠_____週より） ☐ 過少（妊娠_____週より）
 色調・濁度： ☐ 清 ☐ 混濁（+・++・+++） ☐ 緑色 ☐ 黄色 ☐ 血性
 胎盤：重量（_____）g ☐ 異常なし ☐ 異常あり（所見_____）
 多胎膜性診断： ☐ 一絨毛膜 ☐ 二絨毛膜
 臍帯：長さ（_____）cm 巻絡： ☐ なし ☐ あり 単一臍帯動脈： ☐ なし ☐ あり
 羊膜絨毛膜炎： ☐ なし ☐ 疑い ☐ あり（白血球数 _____ / μ l、CRP _____ mg/dl、培養結果 _____）
 胎児異常： ☐ なし ☐ あり（在胎_____週頃より 所見：_____）

母体合併症

妊娠中毒症：☐なし ☐あり（軽症・重症）発症時期（）週頃
血圧（ / ）蛋白尿：☐なし ☐あり、浮腫：☐なし ☐あり
切迫流早産：☐なし ☐あり
前置胎盤：☐なし ☐あり（全・辺縁）胎盤早期剥離：☐なし ☐あり
貧血：☐なし ☐あり その他の血液疾患：☐なし ☐あり（）
甲状腺疾患：☐なし ☐あり（）コントロール（良・不良）
糖尿病：☐なし ☐あり（妊娠前発症・妊娠後発症）インスリン使用：☐なし ☐あり
血糖コントロール：☐良好 ☐不良
その他の合併疾患：☐なし ☐あり（病名 ）
喫煙：☐なし ☐あり（1日 本） 飲酒：☐なし ☐あり（1日あたり ）

母体感染症

・梅毒反応：□陰性 □陽性 □未	・HBs抗原：□陰性 □陽性 □未
・HCV抗体：□陰性 □陽性 □未	・ATL抗体：□陰性 □陽性 □未
・HIV抗体：□陰性 □陽性 □未	・GBS検出：□陰性 □陽性 □未
・風疹抗体価：() 倍 □未	・クラミジア抗原：□陰性 □陽性 □未
・トキソプラズマ抗体価 () 倍 □未	・その他の感染症：□なし □あり

母体への薬剤投与：□なし □あり
 □鉄剤 □抗生物質（ ） □リトドリン □ステロイド
 □マグネズール □インドメタシン □その他の陣痛抑制剤（ ）
 □陣痛促進剤 □抗てんかん薬（ ） □向精神薬（ ）
 □その他（ ）

妊娠分娩経過概要

7. 家族歴 ()
8. 備考 ()
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

埼玉県新生児救急医療連絡票・診療情報提供書 (②受入施設用)

依頼施設名 ()	担当科 ()	科 ()
所在地 ()	TEL ()	— —
医師氏名 ()	印 ()	
児氏名	男・女 単胎・多胎 ()	胎 () 子 日 齡 ()
現住所	TEL	— —

1. 受け入れ施設名：県内・県外（ ）
2. 搬送方法
- 搬送手段： ☐自治体救急車 ☐施設保有救急車 ☐その他（ ）
- 搬送用器具：☐新生児救急医療事業保育器 ☐施設所有保育器 ☐簡易保育器 ☐抱いて ☐その他（ ）
- 搬送担当者：☐受け入れ施設医師（氏名： ）
- ☐依頼施設医師・看護師（氏名： ）
- ☐その他（ ）

※救急隊記入

3. 依頼施設到着時刻： H()年()月()日 午前・午後()時()分
 依頼施設出発時刻： H()年()月()日 午前・午後()時()分
 受け入れ病院到着時刻： H()年()月()日 午前・午後()時()分

4. 新生児情報 (1) 出産直後
- 出生年月日: H () 年 () 月 () 日 午前・午後 () 時 () 分
- 在胎週数: 在胎 () 週 () 日 ☐ 不明
- 出生時計測値:
- 体重 () g 身長 () cm 頭囲 () cm 胸囲 () cm
- アプガースコア: 1 分後 () 点 5 分後 () 点 () 分後 () 点
- 蘇生術: ☐ なし
- ☐ あり: 吸引・酸素・マスクによる換気・気管内挿管・心マッサージ
- ☐ 薬剤の使用 ☐ なし ☐ あり (薬品)
- 出生場所: ☐ 依頼施設と同じ ☐ 依頼施設と異なる ()
- 分娩立会い者: ☐ 分娩施設 () 科) 医師 ☐ 受け入れ施設の医師
- ☐ その他 ()

5. 新生児情報(2) 依頼理由と送院までの経過と処置
- 依頼理由: ☐早産 ☐低出生体重児 ☐新生児仮死 ☐チアノーゼ ☐心雑音 ☐痙攣
☐嘔吐 ☐哺乳不良 ☐下痢 ☐吐血 ☐下血 ☐腹部膨満 ☐体重増加不良 ☐多呼吸
☐呻吟 ☐陥没呼吸 ☐鼻翼呼吸 ☐無呼吸 ☐黄疸 ☐元気がない ☐発熱(____℃)
☐外表奇形(____) ☐その他(____)
- 依頼時の身体測定値:
体重(____)g 身長(____)cm 頭囲(____)cm 胸囲(____)cm ☐未検
- 出生後送院までの処置:
点眼: ☐未 ☐済み(薬剤:____)
ビタミンK投与: ☐なし ☐あり(日齢____)
抗生物質投与: ☐なし ☐あり(薬品名____)
酸素投与: ☐なし ☐あり(____L / 分または酸素濃度____%)
- 授乳: ☐未授乳 ☐授乳開始(母乳・人工乳 1回____mlを1日____回) 哺乳力: ☐良 ☐不良
生後24時間以内の排便: ☐なし ☐あり 生後24時間以内の排尿: ☐なし ☐あり

6. 母体情報
- 母氏名 () 年齢 () 歳 既婚・未婚 職業 ()
父氏名 () 年齢 () 歳 職業 ()
母血液型 () 型 R h () 父血液型 () 型 R h () 血族結婚: ☐ なし ☐ あり

妊娠歴：□初回 □経妊（ ）回 妊娠
そのうち□自然流産（ ）回 □人工流産（ ）回 □死産（ ）回

分娩歴：□初産 □経産 第（ ）子

第1回 S・H（ ）年（ ）月 在胎（ ）週 出生体重（ ）g 生存・死亡

第2回 S・H（ ）年（ ）月 在胎（ ）週 出生体重（ ）g 生存・死亡

第3回 S・H（ ）年（ ）月 在胎（ ）週 出生体重（ ）g 生存・死亡

第4回 S・H（ ）年（ ）月 在胎（ ）週 出生体重（ ）g 生存・死亡

児の異常：□なし □あり（第 子） 過去の妊娠・分娩異常：□なし □あり（ ）

不妊治療：□なし □あり

内容（排卵誘発・A I H・体外受精・顕微受精・その他（ ））

最終月経：H（ ）年（ ）月（ ）日 予定日：H（ ）年（ ）月（ ）日
予定日判定：□超音波 □最終月経 □その他（ ）

妊娠分娩経過：

陣痛発来：H ()年 ()月 ()日 午前・午後 ()時 ()分 ☐不明

破水：H ()年 ()月 ()日 午前・午後 ()時 ()分 ☐不明

☐自然破水 ☐人工破膜 破水から分娩までの時間：()時間 ()分

胎位：☐頭位 ☐骨盤位 ☐その他 () 回旋異常：☐なし ☐あり

NST：☐未 ☐reactive ☐異常 所見(☐variability消失 ☐LD ☐徐脈 ☐頻脈 ☐その他 ())

娩出方法：☐経膣→☐自然分娩 ☐吸引分娩 ☐鉗子分娩

☐帝王切開 理由 ()

麻酔方法 ()

羊水：☐過多(妊娠_____週より) ☐過少(妊娠_____週より)

色調・濁度：☐清 ☐混濁(+・++・+++・++++) ☐緑色 ☐黄色 ☐血性

胎盤：重量 () g ☐異常なし ☐異常あり (所見)

多胎膜性診断：☐一絨毛膜 ☐二絨毛膜

臍帯：長さ () cm 巻絡：☐なし ☐あり 単一臍帯動脈：☐なし ☐あり

羊膜絨毛膜炎：☐なし ☐疑い ☐あり (白血球数 / μ l、CRP mg/dl、培養結果)

胎児異常：☐なし ☐あり (在胎_____週頃より 所見：)

母体合併症

妊娠中毒症：☐なし ☐あり（軽症・重症）発症時期（ ）週頃
血圧（ / ）蛋白尿：☐なし ☐あり、浮腫：☐なし ☐あり

切迫流早産：☐なし ☐あり

前置胎盤：☐なし ☐あり（全・辺縁）胎盤早期剥離：☐なし ☐あり

貧血：☐なし ☐あり その他の血液疾患：☐なし ☐あり（ ）

甲状腺疾患：☐なし ☐あり（ ）コントロール（良・不良）

糖尿病：☐なし ☐あり（妊娠前発症・妊娠後発症）インスリン使用：☐なし ☐あり
血糖コントロール：☐良好 ☐不良

その他の合併疾患：☐なし ☐あり（病名 ）

喫煙：☐なし ☐あり（1日 本） 飲酒：☐なし ☐あり（1日あたり ）

母体感染症

・梅毒反応：□陰性 □陽性 □未	・HBs抗原：□陰性 □陽性 □未
・HCV抗体：□陰性 □陽性 □未	・ATL抗体：□陰性 □陽性 □未
・HIV抗体：□陰性 □陽性 □未	・GBS検出：□陰性 □陽性 □未
・風疹抗体価：() 倍 □未	・クラミジア抗原：□陰性 □陽性 □未
・トキソプラズマ抗体価 () 倍 □未	・その他の感染症：□なし □あり

母体への薬剤投与：□なし □あり

□鉄剤 □抗生物質 ()	□リトドリン □ステロイド
□マグネズール □インドメタシン □その他の陣痛抑制剤 ()	
□陣痛促進剤 □抗てんかん薬 ()	□向精神薬 ()
□その他 ()	

娠分娩經過概要

7. 家族歴 ()
8. 備考 ()
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

埼玉県新生児救急医療連絡票・診療情報提供書（③保育器保管施設用）

依頼施設名（）担当科（科）

所在地（）TEL（－－）

医師氏名（印）

児氏名	男・女	単胎・多胎	()	胎	()	子	日齢	()
現住所				TEL	－		－	

1. 受け入れ施設名：県内・県外（）

2. 搬送方法

搬送手段：☐自治体救急車 ☐施設保有救急車 ☐その他（）

搬送用器具：☐新生児救急医療事業保育器 ☐施設所有保育器 ☐簡易保育器 ☐抱いて ☐その他

搬送担当者：☐受け入れ施設医師（氏名：）

☐依頼施設医師・看護師（氏名：）

☐その他（）

※救急隊記入

3. 依頼施設到着時刻：	H	()	年	()	月	()	日	午前・午後	()	時	()	分
依頼施設出発時刻：	H	()	年	()	月	()	日	午前・午後	()	時	()	分
受け入れ病院到着時刻：	H	()	年	()	月	()	日	午前・午後	()	時	()	分