

岡山医療センター 産婦人科

プレコンセプション・インターコンセプション外来 宛

FAX : 086-294-9255

診療情報提供書

.....年.....月.....日

紹介元医療機関名 :

主治医名 :

電話番号 :

患者氏名 :

生年月日 :年.....月.....日 (.....) 歳

【紹介目的】

- プレコンセプション評価 (妊娠前評価)
- インターコンセプション評価 (次回妊娠前評価)

【診断名】

1.
2.

【既往歴】

1.
2.
3.

【現在の病状・コントロール状況】

- コントロール良好
- コントロール不良 (以下理由)

.....
.....

【最新検査所見（直近値）】 * 検査結果のコピー可

- ・ HbA1c :
- ・ 血圧 :
- ・ 甲状腺機能 :
- ・ 腎機能 :
- ・ その他 :

【現在使用中の薬剤】

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

【前回妊娠歴（該当ある場合）】

- ・ 分娩週数： _____ 週
- ・ 産科合併症：切迫早産 前期破水 妊娠高血圧症候群 GDM / 糖尿病合併妊娠 FGR
前置/低置胎盤 常位胎盤早期剥離 産後うつ病
その他（ _____ ）
- ・ 児の異常： _____

【妊娠に関して懸念している点・ご依頼内容】
