

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)

【妊娠・分娩歴】 G.....P..... 流産回数..... 中絶回数.....

各妊娠の経過 :

① 妊娠 (.....年 才)

・ 転帰 : 正期産 (.....週) 早産 (.....週) 流産 (.....週)

・ 分娩様式 : 経膣 帝王切開

・ 児体重 :g

・ 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 その他 (.....)

(経過詳細 :))

・ NICU 入院 : なし あり

・ 胎盤病理結果 : なし あり (所見 :))

② 妊娠 (.....年 才)

・ 転帰 : 正期産 (.....週) 早産 (.....週) 流産 (.....週)

・ 分娩様式 : 経膣 帝王切開

・ 児体重 :g

- ・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 その他（ _____ ）
（経過詳細： _____ ）
- ・NICU 入院： なし あり
- ・胎盤病理結果： なし あり（所見： _____ ）

（必要に応じてご追加ください）

【既往歴・合併症】

【現在の病状・コントロール状況】

【現在使用中の薬剤】

【ご依頼内容・懸念点】

.....

.....

.....

.....

