

# 新生児情報提供書

国立成育医療研究センター 新生児科

整理番号

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日  時刻

児氏名 \_\_\_\_\_ 出生場所  院内 (緊急母体搬送無)  院内 (緊急母体搬送有)  院外

性別  男  女  不明 搬送元施設名 \_\_\_\_\_ !!

胎数  単胎  多胎 紹介医師名 \_\_\_\_\_

多胎のとき  胎  番目 所在地 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

## 父 母

現住所 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 区市町村 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

母	ふりがな _____	父	ふりがな _____
	氏名 _____		氏名 _____
	年齢又は <input type="text"/> 歳 母ID _____		年齢 _____ 歳
	生年月日 <input type="text"/>		生年月日 _____
血液型 <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> Rh(+) <input type="radio"/> Rh(-)	血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-)

## 産科的所見

<b>不妊治療</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 <input type="checkbox"/> AIH <input type="checkbox"/> 体外受精 <b>既往妊娠</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 妊娠回数 <input type="text"/> 回 うち 自然流産 <input type="checkbox"/> 回 人工流産 <input type="checkbox"/> 回 早産 <input type="checkbox"/> 回 死産 <input type="checkbox"/> 回	<b>前児異常</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> 先天奇形 <input type="checkbox"/> その他	<b>母体感染症</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> ATL <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> トキソプラズマ <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> その他	<b>母体合併症</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 重症妊娠悪阻 <input type="checkbox"/> 重症妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎泌尿器疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 高度貧血(Hb9.0以下) <input type="checkbox"/> その他	<b>嗜好</b> <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 その他の特記事項 _____
---	---	---	--	---

<b>分娩異常</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 絨毛羊膜炎 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 羊水過少 <input type="checkbox"/> 分娩遅延 <input type="checkbox"/> 胎児死亡 <input type="checkbox"/> 羊水混濁 <input type="checkbox"/> その他	<b>分娩方法</b> <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 吸引分娩 <input type="radio"/> 鉗子分娩 <input type="radio"/> 帝王切開-予定 <input type="radio"/> 帝王切開-緊急 <input type="radio"/> 帝王切開-不明 <input type="radio"/> 骨盤位牽出術 <input type="radio"/> 不明 <b>分娩胎位</b> <input type="radio"/> 頭位 <input type="radio"/> 骨盤位 <input type="radio"/> その他	<b>処置</b> 使用薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> リトドリン <input type="checkbox"/> インドメタシン <input type="checkbox"/> 陣痛促進剤 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> その他 麻酔 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明 破水年月日 _____ 時刻 _____ 破水時刻 <input type="checkbox"/> 不明
---	---	---

## 出生時の状況

<b>産科的在胎週数</b> <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 日 <b>推定在胎週数</b> <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 日	<b>出生時計測値</b> 体重 _____ g 身長 _____ cm 胸囲 _____ cm 頭囲 _____ cm	<b>Apgar Score</b> 1分後 <input type="text"/> 点 5分後 <input type="text"/> 点 <input type="checkbox"/> 不明	<b>蘇生術</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 酸素のみ <input type="checkbox"/> マスク&バッグ <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 心マッサージ
---	--	---	---

## 入院理由

<input type="checkbox"/> 低出生体重 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 無呼吸 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> チアノーゼ	<input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 哺乳障害 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 吐血	<input type="checkbox"/> 発熱 (38 以上) <input type="checkbox"/> 低体温 (35 以下) <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 敗血症の疑い <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> マヒ、骨折等	<input type="checkbox"/> 奇形 <input type="checkbox"/> Odd looking <input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> ハイリスク児 <input type="checkbox"/> 染色体異常の疑い <input type="checkbox"/> その他 _____
--	--	---	---

妊娠分娩の経過

生後の新生児の経過

ZH03査データ・その他