

## 産科症例 FAX 予約用紙

当院産科外来へご依頼いただく際は、FAX 予約診療受付用紙と併せてこの用紙をご記入ください。また、来院の際は、紹介状をご持参ください。

紹介施設情報			
記入日時	西暦	年 月 日	時 分
紹介元 医療機関名			TEL
			FAX
紹介元医師名			連絡先

紹介症例情報： 紹介理由欄に○をつけ(重複可)、必要事項を記入して下さい。

患者氏名／年齢／P		歳	回経産
		分	娩予定日 月 日
紹介理由	傷病名	必要事項	
当院管理可能条件			
	切迫早産	週 日 推定体重 g	32 週以降かつ BW>1500g
	PIH	(状況)	EFBW>1200g
	IUGR		≥32 週以降
	双胎	週 日 DD/MD/膜性不明	
	胎盤位置異常 (前置・低値)	週 日 現在出血：あり・なし	
	卵巣腫瘍合併	約 cm 胎児心拍：あり・なし	5cm 以上もしくは悪性を疑うもの (胎児心拍が確認されてから)
	精神疾患合併症	当院精神科受診：あり・なし	当院精神科で管理可能
	血栓症 (APS 含む)	診断した根拠(血液データなど)	
	出生前診断	週 日 クワトロ・羊水・相談	クワトロ(<17 週) 羊水(<19 週)
	胎児奇形	週 日 診断(疑い含む)	
	その他	週 日 推定体重 g (状況)	応相談

- 緊急症例・境界症例などは個別にご相談ください。
- リスクがなく初期検査施行前の症例に関しては、事前連絡なし・紹介状のみでお受けいたします。
- リスク管理目的でご紹介いただく場合は、基本的に FAX 予約診療受付用紙に記入のうえ、ご連絡下さい。
- 管理可能症例であっても小児科対応が困難な場合は、お断りさせていただくことがございます。予めご了承ください。
- 緊急症例はこれまで通り直接電話でご連絡下さい。 TEL 04-7164-1111(代表)