

里帰り分娩 紹介状

津軽保健生活協同組合 健生病院
産婦人科 妊婦健診担当医 宛て

年 月 日

紹介元医療機関の所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

診療科

医師氏名

患者氏名	生年月日	年 月 日生	歳	妊娠歴	妊 産
------	------	--------	---	-----	-----

1. 診断

妊娠 週 日

最終月経 年 日

妊娠の初診日 年 月 日

分娩予定日 年 月 日 (予定出産日算出法: LMP CRL 他:)

身長 cm 非妊時体重 kg 直近の体重 kg

2. スクリーニング検査項目 (実施該当にチェック:陽性結果があれば特記事項にてお知らせください。)

血液型 Rh 不規則抗体 梅毒 HBV HCV HIV HTLV

風疹抗体価 クラミジア 子宮頸部細胞診 Hb 随時血糖 TSH FT4

その他 ()

3. 主な胎児超音波検査所見

4. 特記事項(合併症、スクリーニングでの陽性結果など)