

十和田市立中央病院 1か月健診依頼票

※すべての項目を埋めていただきますようお願いいたします。

【送信先】

十和田市立中央病院
地域医療連携部
FAX:0176-21-1234

依頼元医療機関名

患者氏名

生年月日

年齢

≪自動計算≫

住所

電話番号

○ 在胎週数 週 日

○ 出生時身長 cm

○ 出生時体重 g

○ 出生時頭囲 cm

○ アプガースコア

1分値

5分値

(10分値)

皮膚色

心拍数

刺激反射

筋緊張

呼吸

○ 新生児タンデムマスキニング
※ありの場合は詳細を記入してください。

☐ 陰性

☐ 陽性

【詳細】

○ ABR(聴性脳幹反応)

☐ pass

☐ 両側・片側refer

【特記事項があればご記入ください】

○ 新生児黄疸に対する光線療法
※ありの場合は詳細を記入してください。

☐ なし

☐ あり

【詳細】

○ 妊娠中の経過
※ありの場合は詳細を記入してください。

☐ 異常なし

☐ あり

【詳細】

○ 胎児に関する経過(外表奇形、水腎症など)
※ありの場合は詳細を記入してください。

☐ 異常なし

☐ あり

【詳細】

○ 母体に関する経過
(母体の妊娠前体重、体重増加率)

☐ 異常なし

☐ あり

【詳細】

妊娠前体重 kg 最終計測体重 kg

最終計測時の妊娠週数 : 週 日

体重増加率 % ≪自動計算≫

○ 母体合併症
※ありの場合は詳細を記入してください。

☐ なし

☐ あり

【詳細】

その他申し送り事項がありましたら記載をお願いいたします。

【問合せ先】十和田市立中央病院 小児科
TEL:0176-23-5121