

産科オープンシステム 分娩連絡票

西暦 年 月 日

社会医療法人愛仁会 千船病院

地域医療科 行

TEL 06-6473-9765

FAX 06-6474-0161

施設名
住所
医師・助産師名
TEL ()
FAX ()

ふりがな		生年月日	(西暦)
患者氏名			年 月 日 (歳)
身長	cm	体重	kg (月 日時点)
	週 日	初産	・ () 経産
分娩予定日	月 日	(LMPから ・ CRLから ・ その他)	

☆前回分娩について

分娩所要時間 ()

分娩方法 吸引 [有 ・ 無] 出血 [有 (cc) ・ 無]
 圧出 [有 ・ 無]

検査データ [血液型 Rh 梅毒反応
 HBsAg HBeAb
 HCVA b HTLV- I
 HIV 不規則抗体
 GBS クラミジア
 血糖 Hb]

※ 上記の検査報告書の写しを母子手帳に必ず添付して下さい。

分娩時に 医師 ・ 助産師 が 来院する ・ 来院しない

備考

()