

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

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

皮膚色 心拍数 刺激反射 筋緊張 呼吸

1分値

--	--	--	--	--

5分値

--	--	--	--	--

(10分値)

--	--	--	--	--

○ 新生児タンデムマススクリーニング

☐ 陰性

☐ 陽性 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 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

☐ なし

☐ あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 妊娠中の経過

☐ 異常なし

☐ あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 胎児に関する経過(外表奇形、水腎症など)

☐ 異常なし

☐ あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 母体に関する経過

☐ 異常なし ☐ あり 【詳細】

(母体の妊娠前体重、体重増加率)

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

%

○ 母体合併症

なし

あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

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】 十和田市立中央病院 小児科

TEL:0176-23-5121