

診療情報提供書（分娩紹介状）（枠内をすべて記入又は○で囲んでください。）

フリガナ 氏名	フリガナ 旧姓	生年月日 年 月 日（ 歳）
住所（〒 - ）		電話
その他の連絡先 1)		電話
その他の連絡先 2)		電話
診断名 妊娠 週 日（ 妊 産） 分娩予定日： 年 月 日 最終月経： 月 日～ 日間 その前の月経： 月 日～ 日間 月経周期：基礎的（ 日型） 不規則型（ 日～ 日型） 妊娠歴：お産____回、帝王切開____回 自然流産____回、人工妊娠中絶____回 ① 年 月 才 当院・他院 流産・中絶・早産・分娩・：正常・異常 体重 _____g 男・女；健・否 ② 年 月 才 当院・他院 流産・中絶・早産・分娩・：正常・異常 体重 _____g 男・女；健・否 ③ 年 月 才 当院・他院 流産・中絶・早産・分娩・：正常・異常 体重 _____g 男・女；健・否 ④ 年 月 才 当院・他院 流産・中絶・早産・分娩・：正常・異常 体重 _____g 男・女；健・否 ⑤ 年 月 才 当院・他院 流産・中絶・早産・分娩・：正常・異常 体重 _____g 男・女；健・否 その他（異常があればご記入ください）		妊婦健診検査(検査結果表があれば添付してください) 血液型： 型 R h o(+・-) 不規則抗体(+・-) H B s 抗原(+・-・未)、H B s 抗体(+・-・未) H B e 抗原(+・-・未)、H B e 抗体(+・-・未) H C V 抗体(+・-・未)、H I V 抗体(+・-・未) H T L V - 1(+・-・未)、梅毒反応(+・-・未) 空腹時血糖( ) 子宮頸部細胞診( ) 既往歴 糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・心臓病 甲状腺疾患・結核・性病・悪性腫瘍（癌） 精神疾患( ) アレルギー( ) 現在飲んでいる薬はありますか……………（無・有） 薬品名 _____ 薬品名 _____ 薬品名 _____ 手術歴 手術病名 _____ ( 才) 手術病名 _____ ( 才) 病院名、連絡先、担当医師名 記入欄

\* 貴院より電話でご相談頂いた後、この用紙をFAXまたはご郵送ください。

〒166-0012 東京都杉並区和田 2-25-1 立正佼成会附属佼成病院 医療連携室

電話 03-5340-5104(連携室直通)、FAX 03-6382-4460(連携室直通)