

年 月 日

メフィーゴ®パック用 診療情報提供書(緊急搬送時用)

(連携)医療機関等名

住所

担当科

医師

先生御机下

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

担当医師

各都道府県にて妊婦救急搬送用診療情報提供書式が運用されている場合は、メフィーゴパック投薬情報と搬送理由のみご記載ください。

患者基本情報

ふりがな 患者氏名			
患者住所			
生年月日	(S H) 年 月 日	妊娠週数	妊娠 週 日
血液型	型 Rh (+・-)	出血等の基礎疾患	あり・なし
出産歴:	あり・なし	帝王切開歴	あり・なし

メフィーゴパック 投薬情報	1 剤目ミフェプリストン錠(200mg):	年 月 日 時頃
	2 剤目ミソプロストールパッカール錠(800µg):	年 月 日 時頃
	胎嚢排出日:	年 月 日 時頃
搬送理由	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他()	
バイタルサイン (必要に応じて記載 してください)	体温 °C 血圧 / mmHg 脈拍数 回/分	
具体的な症状と 処置	発現年月日: 年 月 日 時頃 具体的な症状(出血量など): 具体的な処置:	
症状の経過		
その他特記事項		

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 本書類は 2 部作成し、搬送元施設・搬送先医療機関にて保管すること。