20　　年　　月　　日

神戸医療福祉センター ひだまり 御中

名　称：
住　所：〒
医師名：
電　話：　　－　　－
ＦＡＸ：　　－　　－

フリガナ 患者氏名	(　　) 男　・　女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）
住　　所	〒 電話：(自宅)　　－　　－　　(連絡先)　　－　　－
診 断 名	

分娩・出産の状況
予定日（　　月　　日）　在胎（　　週　　日)、アプガー（　　/　　）
出生体重（　　kg)、身長（　　cm)、頭囲（　　cm）
安産　・　陣痛微弱　・　早期破水　・　遷延分娩　・　帝王切開　・　吸引　・　蘇生処置　・　胎児仮死
その他（　　）
新生児期の状況
順調　・　哺乳力低下　・　強い黄疸（ 光線療法　・　交換輸血 ）　・　チアノーゼ　・　けいれん
呼吸異常（酸素投与　　日、挿管　　日）
その他（　　）

IQ・DQ：　　（検査方式：　　年　　月　　日）

脳波所見：(　　年　　月　　日)

CT・MRI：(　　年　　月　　日)

現在の処方薬

現病歴

※貴院所定のご紹介状に必要事項をご記載いただける場合は、貴院のご紹介状をお使い頂いて差し支えありません。
※CT・MRI・各種検査データ、ございましたら添付をお願いいたします。