

# 「胎児心エコー外来」診療情報提供書

年 月 日

## 紹介先医療機関・診療科

あいち小児保健医療総合センター  
新生児科  
胎児心エコー外来

大府市森岡町7丁目426番地  
TEL 0562-43-0508 (医療連携室)  
FAX 0562-43-0510

## 紹介元医療機関名・診療科

住所

紹介医氏名

電話番号

患者氏名 (ふりがな) : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 (緊急時に連絡がつく番号) : \_\_\_\_\_

・分娩予定日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 (現在の妊娠週数 : \_\_\_\_ 週 \_\_\_\_ 日)

・ご紹介理由 : 患者さんの希望・胎児に気になる所見がある (○をつけて下さい)

・心臓の気になる所見 :      あり      ・      なし      (○をつけて下さい)

「あり」の場合は、簡単に所見をご記載下さい (診断名でなくても結構です)。

\_\_\_\_\_

・心臓の他に気になる所見 :      あり      ・      なし      (○をつけて下さい)

「あり」の場合は、簡単に所見をご記載下さい。

\_\_\_\_\_

・その他の特記事項 (家族歴など)

\_\_\_\_\_

緊急性や受診希望日程等があればご記載下さい。(ご希望に添えない場合もあります)

※医療連携室 (0562-43-0508) に直接お電話頂き、FAX でこの用紙をお送り下さい (0562-43-0510)。診察日時が決まりましたら、改めてご連絡差し上げます。