

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名：群馬県立小児医療センター

診療科：総合周産期母子医療センター 産科

担当医：胎児超音波スクリーニング外来担当医 先生御侍史

〒 _____

担当医： _____

Tel : _____

Fax : _____

紹介理由：

胎児超音波スクリーニングの依頼

患者情報：

様

生年月日：昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

住所：

連絡先：

妊娠情報：

週 日

分娩予定日：平成 年 月 日（LMP・CRL・その他）

経産 経妊

リスク情報：

- 特になし
- 高齢妊娠
- 母体基礎疾患
- 前児に先天異常
- 先天異常の家族歴
- 薬剤
- その他