

平成 年 月 日

にこにこハウス医療福祉センター

名称：  
 住所：〒  
 先生 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。