

受付日時 月 日 時 分

## 産婦人科一次救急チェックリスト

名前 \_\_\_\_\_ S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日生 才

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

かかりつけ医の有無 (あり 無 帰省・旅行中 )

「あり」または「帰省旅行中」の場合かかりつけ医を欄外に記載してください

→ かかりつけ医がある場合かかりつけ医に連絡してください

意識レベル ( 清明 ぼんやり なし ) 血圧 ( ~ mm/Hg)

心拍数 ( ) 動脈血酸素飽和度<SP0<sub>2</sub>> ( % ) 体温 ( °C)

主訴 (症状) 下腹部痛 ( )
性器出血 ( ) おりもの ( )
月経の異常 過 多 ( ) ・痛み ( ) ・遅れ ( )
外陰部の異常 かゆみ ( ) ・痛み ( ) ・外傷 ( )
その他 ( )
妊娠の有無： なし ( ) ・あり ( ) ・不明 ( )
妊娠ありの場合 妊娠週数 週 日 ヵ月
(分娩予定日 年 月 日)
妊娠不明の場合 (最終月経 年 月 日)
出産経験 あり ( ) ・なし ( )
既往歴 ( )

その他自由記載欄 (アレルギー、投薬、破水、胎動、陣痛、感染症歴、血液型等気づいた点を記入してください)
---