

分娩報告書

施設名	報告者
-----	-----

患者	氏名 (歳)	府中の森土屋産婦人科 ID
分娩	分娩日	年 月 日
	初経産	G - P - 妊娠週数 週 日
	入院時診断	<input type="checkbox"/> 自然陣発 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> その他()
	分娩時診断	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> その他()
	分娩所要時間	時間 分
	出血量	g <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 弛緩出血 <input type="checkbox"/> 後産期出血多量 500g以上の場合(MAX.) S.I.
	薬剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 子宮収縮剤 <input type="checkbox"/> 補液 <input type="checkbox"/> 血漿代用剤 <input type="checkbox"/> GBS抗生剤 <input type="checkbox"/> その他)
新生児	体重	g (<input type="checkbox"/> LFD <input type="checkbox"/> AFD <input type="checkbox"/> HFD)
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	APS	1分後() 5分後()
	異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	新生児搬送	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 多摩総合 <input type="checkbox"/> 杏林大学 <input type="checkbox"/> その他)
	新生児外来受診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 多摩総合 <input type="checkbox"/> 杏林大学 <input type="checkbox"/> その他)
経過報告		