

妊婦リハビリテーション実施に関する診療情報提供書

1. 患者情報・紹介目的			
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所		TEL	
妊娠週数	妊娠 週 日	出産予定日	年 月 日
妊娠・分娩歴	妊娠 回／分娩 回	胎児数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (胎)
紹介目的	☐ 腰痛・骨盤帯痛等に対するリハビリテーションの相談 ☐ その他 ()		
主な症状・発症時期			
2. 妊娠経過・産科的所見			
妊娠経過	☐ 正常妊娠 ☐ ハイリスク妊娠 (内容：)		
直近の産科診察日	年 月 日		
胎盤位置	☐ 正常 ☐ 低置胎盤 ☐ 前置胎盤 ☐ その他 ()		
性器出血	☐ なし ☐ あり (時期・量：)		
切迫流産・切迫早産	☐ なし ☐ あり ☐ 既往あり (時期：)		
子宮頸管長	() mm 測定日： 年 月 日 ☐ 未測定		
合併症・医学的リスク	☐ 妊娠高血圧症候群 ☐ 貧血 ☐ 心疾患 ☐ その他 ()		
治療内容・処方薬	薬剤名・治療時期等：		
安静・活動制限	指示内容・期間等：		
妊娠経過の特記事項			
3. 運動・リハビリテーション実施にあたっての留意事項			
☐ 現時点で、運動・リハビリテーションを制限する明らかな産科的所見は認めない			
☐ 実施にあたり留意事項がある 具体的内容：			
☐ 現時点では、運動・リハビリテーションを見合わせる事が望ましい 理由： ()			
その他の情報・連絡			
※本書の情報および当院受診時の状態を踏まえ、リハビリテーションの適応および実施内容については、当院のスポーツ整形外科医師が判断し、当日の産科的な安全性については当院の産婦人科医師が確認します。			
4. 紹介元医療機関			
医療機関名		電話番号	
所在地		医師署名	

本書は、リハビリテーションを実施するにあたり、当院産婦人科医師が初診時とリハビリ施行日に産科リスク評価およびリハビリテーション実施上の安全確認を行うためにも使用します。