**電話番号**

**ＦＡＸ番号**

**医療C：TEL　０８８－８３７－３７９５ (産科直通）　( FAX　０８８－８３７－６７９８　救急外来 )**

**高知大：TEL　０８８－８８０－２４９９ (産科直通） ( FAX　０８８－８８０－２５３４　産科病棟 ）**

**日赤　 ：TEL　０８８－８２２－１２０１ (　代　表 ) ( FAX　０８８－８２２－１４６８ 救急外来 ）**

**国立　 ：TEL　０８８－８４４－３１１１ (　代　表 ) FAX　平日8:30-17:15　０８８－８２８－４４６１　地域連携室**

**土日祝・夜間　　　０８８－８２８－４６６４**

【妊婦】

**母体（妊婦）搬送連絡票（情報提供書）**

**搬送日時（FAX送信日）**：令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　　　　　　時　　　　　　分

**紹介元**

病院名

緊急連絡先（TEL）

医師名

**紹介先**

病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

※搬送時は、可能な範囲で記入し、搬送先へＦＡＸで送信する。

※必要に応じ、診察・検査等の記録を添付する。



高知県母体搬送・新生児搬送マニュアル様式