

### 資料3

## 紹介状

年 月 日

紹介先： \_\_\_\_\_

先生御侍史

紹介元： \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

HTLV-1 抗体陽性妊婦から出生児のフォローアップをよろしくお願いします。

<b>児氏名：</b>	( 年 月 日生 )
<b>&lt; 出生時の状況 &gt;</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・在胎期間： 週 日</li><li>・出生体重： g</li><li>・分娩方法： 正常分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開</li><li>・アプガースコア：1分 点 / 5分 点</li><li>・母体合併症： 無 ・ 有 ( 詳細 )</li><li>・新生児期の異常： 無 ・ 有 ( 詳細 )</li></ul>	
<b>&lt; 栄養方法の選択 &gt;</b> <p>人工栄養・短期母乳(90日未満)・凍結母乳・長期母乳(90日以上)・その他 (その他コメント： )</p>	
<b>&lt; 母体 HTLV-1 検査 &gt;</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・スクリーニング検査実施：( 年 月 日 ) 妊娠週数( 週 日 )</li><li>・確認検査(WB法)実施： ( 年 月 日 ) 妊娠週数( 週 日 ) 結果： 陽性・判定保留・陰性</li><li>・PCR法結果(WB法判定保留者のみ記載)： 陽性・陰性・未施行</li><li>・検査結果を知っている家族： 本人(児の母親)のみ・夫(パートナー)・その他( )</li></ul>	
<b>&lt; その他連絡事項・留意点など &gt;</b>	