

搬送・転院依頼患者情報

国立成育医療センター救急診療科

TEL 03-5494-7412

FAX 03-5494-7493

依頼日時：.....年 月 日 時 分

依頼施設：.....(大学) 病院.....科 患者場所：.....

依頼医師名：.....先生 連絡先電話番号：.....(.....)

患者名：..... 体重：.....kg

生年月日：.....年 月 日 年齢：.....歳 か月 性別：.....

病 名：.....

主病態：呼吸急迫・呼吸不全 循環不全 中枢神経疾患 その他

依頼理由：.....

経 過：.....

バイタルサイン： SpO2% (酸素投与有無.....方法.....L/分)

呼吸数...../分 (呼吸窮迫有無)

心拍数...../分

血 圧...../.....

体 温.....度

意 識.....GCS (E V M.....) または JCS (.....)

施行検査：血液 (採血時間:.....)

WBC	Hb	plt	Na	K	CL	AST	ALT	BUN	Cr
CK	Glu	NH3	pH	PCO2	PO2	B.E.	HCO3-		

画像検査.....XP (.....)

.....CT (.....)

.....超音波(.....)

治療: 機械換気: 気管チューブ.....mm,.....cm(口角/鼻) 輸 液:.....mL/hr

酸素濃度(FiO2).....(.....mL/kg)

圧 (PIP/PEEP)...../..... 抗菌薬:.....

換気回数.....回/分

吸気時間.....sec. その他:.....

点滴路等部位:.....

希望搬送方法: 依頼医師搬送 成育搬送チーム 救急車(or ドクターカー) ヘリ(防災 or Dr.ヘリ)