

搬送・転院依頼患者情報

国立成育医療研究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)