

ID \_\_\_\_\_

TEL 03-5494-7073(7995)

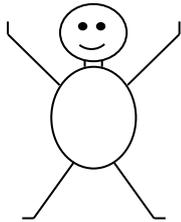
FAX 03-5494-7493

**搬送・転院依頼患者情報**

依頼時刻	年	月	日	:	
依頼施設	病院			都/県	区/市
依頼科/医師	科	医師	電話番号	(	)
患者名	男・女			体重	kg
生年月日	年	月	日	歳	か月
病名(病態)	_____				

**【経過概要】**

A:	M:	P:	L:
	バイタルサイン		治療/デバイス
A	<input type="checkbox"/> 自然気道 上気道狭窄症状( + / - )		<input type="checkbox"/> マスク/カヌラ <input type="checkbox"/> NHF <input type="checkbox"/> 挿管 挿管困難：あり/なし
B	SpO <sub>2</sub> ( )% 呼吸数( )/分 呼吸努力( + / - ) 呼吸音( )		酸素( )L/分 FIO <sub>2</sub> ( ) 換気条件( ) PIP/PEEP ( / ) RR( ) Ti( )
C	心拍数( )/分 血圧( / )mmHg 末梢冷感( + / - ) CRT( ) s		カテコラミン ( : r ) ( : r ) ( : r )
D	GCS(E V M ) 瞳孔・対光反射(R /L ) 痙攣( ) 麻痺( )		鎮静( ) 持続/単回 筋弛緩( ) 持続/単回
E	体温( )°C 外表所見( )		

【検査値】	pH	pCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub>	BE	HCO <sub>3</sub>	Ca <sup>2+</sup>	Lac	mmol/L	Glu	(ABG/VBG)
WBC	Hb	plt	CRP	ETTφ mm, cm固定 						
PTINR	aPTT	D-d	NH <sub>3</sub>							
AST	ALT	CK	LDH							
BUN	Cr	Na	K							

現在の検査/治療	
画像検査	<input type="checkbox"/> Xp: <input type="checkbox"/> CT: <input type="checkbox"/> US:
培養	<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 血液( セット) <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> その他( )
抗菌薬	<input type="checkbox"/> ( : mg/kg) <input type="checkbox"/> ( : mg/kg) <input type="checkbox"/> ( : mg/kg) 最終投与時刻：
輸液	
その他治療	
感染接触(<3w)	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 4w 以内の水痘ワクチン接種あり <input type="checkbox"/> 10d 以内のロタワクチン接種あり

当院からの指示

経口摂取止め指示抗菌薬ステロイドBT に関するIC 済/未搬送方法 成育搬送チーム 前医搬送 同乗なし救急車 ヘリ(Dr./防災)連絡 ICU7070 麻酔科7000 科( ) 科( ) 科( )