

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 - 7073 (7995)

依頼日： 年 月 日, 時刻 :

FAX 03 - 5494 - 7493

依頼施設： (大学) 病院 科 依頼医師：
 連絡先電話番号： () 患者収容場所：
 患者名： 体重： kg, 血型：
 生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 か月 男・女
 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

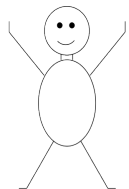
依頼理由： 全身管理 特殊処置 (ECMO/HFO/CHDF/手術/移植) 満床
 経 過：

- A: 正常・狭窄・閉塞, エアウェイ(なし・経口・経鼻), 気管挿管(なし・あり)
 B: 正常・呼吸窮迫(鼻翼・陥没), 呼吸数 /分, SpO2 % (酸素投与: 無・有 L/分)
 C: 心拍数 /分, 血圧 / , 末梢(温・冷感・チアノーゼ), CRT sec.
 D: GCS (E V M), JCS (), 興奮・不穏
 瞳孔径: rt. mm/lt. mm, 対光: rt. /lt. (迅速・鈍)
 E: 体温 度, 皮膚: 発疹 水疱 紫斑/出血斑 びらん, 外傷:

月 日	(:)	WBC	Hb	plt	CRP	AST	ALT	LDH	T.bil.
CPK	NH3	BUN	Cr		PTINR	APTT	HPT	Fib	D.D.
Na	K	Cl	pH	PCO2	PO2	B.E.	HCO3-	Lac	Glu

画像検査 XP () CT ()
 超音波() FAST 未/ 陰性/ 陽性: ()

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: mg
 換気回数: 回/分 鎮静 (), 持続(+/-)
 吸気時間: sec. 筋弛緩(), 持続(+/-)
 挿管困難: 無・有 (回施行) その他:

点滴路など(↑) その他:

希望搬送方法: 貴院医師搬送 成育搬送チーム要請 救急車 ヘリ(防災 or Dr.ヘリ) → ヘリポート有無 +/-

確認とお願い: 感染症接触の有無: +/- <水痘, 麻疹, ムンプス, 風疹, 帯状疱疹> 渡航歴: +/- allergy: +/-
経口摂取止め(最終経口摂取: :) 成人用ストレッチャーを救急車入り口に準備
集中治療室(ICU)または、ER 治療室への移動