

患者紹介・転院依頼時情報用紙

(可能な範囲でご記入ください)

依頼日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ : _____
_____ 年 _____ 月 _____ 日
患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
依頼施設 _____ 依頼医 _____ 科 _____ 先生 電話番号 _____

_____ / なし)
_____ (あり ID _____ / なし)

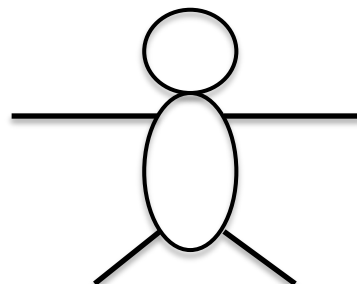
転院紹介理由: _____

体重: _____ kg

デバイス情報:

挿管チューブ _____ mm (経口・経鼻) _____ cm 固定

チューブ先端位置 Th _____ 挿管困難 (有・無)



経過: _____

既往歴 _____ アレルギー _____
常用薬 _____ 最終経口摂取時刻 _____

患者状態: SpO₂ _____ % (酸素: _____) 呼吸数 _____ /分 陥没呼吸 (有・無)
心拍数 _____ /分 血圧 _____ / _____ 末梢冷感 (有・無) CRT _____ 秒
意識 GCS (E V M) _____ 瞳孔 右 _____ / 左 _____ 体温 _____ 度
その他 _____

治療内容: 点滴 (有・無) _____

検査: 血液検査 血液培養 尿検査 尿培養 髄液検査 単純写真 CT 超音波
異常検査所見: _____

搬送者 こども病院搬送チーム 貴院医師 貴院看護師 救急隊 その他

搬送方法 ドクターカー 救急車 ヘリ (ドクターヘリ / 防災ヘリ) その他

こども病院救急ホットライン : 078-945-7311

こども病院救急FAX番号 : 078-303-2077

当院転院決定後は原則絶飲食をお願いいたします