

搬送調整票

【Case No.】 _____ 【依頼日時】 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

【依頼元】 施設： _____ 担当者： _____ 連絡先： _____

【患者情報】 今いる場所： _____ 自宅の場合
同居家族 有 ・ 無
Folder No. : _____ PW : _____

氏名 _____ 生年 _____
カナ： _____ 男・女 (_____ 歳) 月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____ 本人の連絡先： _____
本人が通話困難な場合聴取してください
搬送調整の際に繋がる番号を記載してください → 本人以外の連絡先： _____ 続柄： _____

【経過】 <発症日> _____ 月 _____ 日 <陽性確定日> (_____ 月 _____ 日) 検査法 (_____)
<※確認事項> 患者に入院の件を伝えている 中和抗体療法のための入院ではない

【既往歴】 _____
【かかりつけ】 _____ 入院判断スコア _____ 点
【5年以内に入院したことのある市内病院】 _____

【生活様式】 <ADL> 自立 車椅子 寝たきり <介護認定区分> _____
※搬送時に一人で乗り降りができ、座位保持できるか → 可 ・ 不可
<認知症> なし あり (徘徊・暴力等問題行動： 有 ・ 無)

※可能な範囲で、ワクチン接種歴について聞き取り、不明な場合は不明にチェック

【ワクチン接種歴】 接種済 未接種 不明 <接種回数> _____ 回 <最終接種> _____ 年 _____ 月

【バイタルサイン】 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 _____ 時点

現在の症状 _____ 酸素状態 SpO2 : _____ % 体温 : _____ °C
 酸素投与なし (room air)
 酸素投与中 (_____ L/min カヌラ マスク リザーバー)
 気管挿管中 (FiO2 : _____)

※測定していれば・・・

脈拍： _____ /分 血圧： _____ / _____ mmHg 呼吸数： _____ /分

【重症・高齢者なら確認を】 : 集中 (延命) 治療希望 → あり (フルコース) なし (DNAR あり)
 不明 その他 (_____)

【透析患者なら確認を】 : かかりつけ透析医療機関 → _____ 血液透析 or 腹膜透析
透析導入病院名 → _____
血液透析クール → _____ 月水金 ・ 火木土 ・ その他 / 最終透析日 → _____ 月 _____ 日 (_____)

★市医療調整本部 記入欄
※搬送先： _____
※搬送機関： _____
※予定時間
pick up : _____ → 搬送先到着：
※ 予定時間を 搬送機関と調整した →
依頼元へ伝えた →
患者さんへ伝えた →
搬送先へ伝えた →

【キーパーソン】
氏名： _____ 続柄： _____
住所： _____
連絡先： _____

【備考・伝達事項など】