

搬送依頼情報

依頼日時 平成 31 年 月 日 時 分	依頼元 病院(医療センター)	依頼医師 小児科・救急科 科 先生	依頼経路 直接当科へ依頼 科 先生	記載者
-------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------------	-----

患児氏名 姓 名	性別 男・女	年齢 歳 か月	生年月日 西暦 平成 年 月 日	未退院日齢10以下は新生児科	体重 kg	身長 cm	血液型 ABO Rh
-------------	-----------	------------	---------------------	----------------	----------	----------	---------------

最終飲食 食事 内容 飲水 日 時 日 時 mL	アレルギー
--------------------------------	-------

既往歴 結核・麻疹・水痘	服薬歴
-----------------	-----

予防接種歴 BCG・麻疹・風疹混合(MR)・水痘 Hib・肺炎球菌・DPT-IPV・日本脳炎・ロタウイルス・インフルエンザ・おたふくかぜ・	家族歴 結核・麻疹・水痘
---	-----------------

主訴	現病歴	現行治療 輸液 生理食塩水 ヴィーンD ソリタT1 mL/hr G 静脈点滴ルート	血液ガス pH pCO ₂ pO ₂ HCO ₃ ⁻ BE Lac	血算 WBC Hb Plt Ht	生化学 CRP PCT TP Alb T-Bil D-Bil AST ALT LD CK Cre BUN	凝固系 Na K Cl Ca Glu PT APTT PT-INR Fib HPT FDP
----	-----	---	---	------------------------------	--	--

	SpO ₂ (%)	酸素 (L/min)	呼吸数 (bpm)	脈拍数 (bpm)	血圧 (mmHg)	CRT (sec.)	GCS E(4) V(5) M(6)	JCS	体温 (°C)
第一報 (依頼時)		room air カヌラ マスク			/				
第二報 時 分		room air カヌラ マスク			/				

呼吸音・呼吸様式	単純X線	心音	CT・MRI・超音波	神経所見 瞳孔(mm)・対光反射 ・ / ・	抗原迅速	細菌培養
----------	------	----	------------	------------------------------	------	------

トリアージ 緊急・準緊急・非緊急	搬送手段 ランデブー地点の調整 ドクターヘリ(依頼元に「119」電話依頼を要請) ドクターカー・タクシー・防災ヘリ	指示等 信州メディカルネット参加医療機関 絶飲食・血液培養採取・感染症問診・抗原迅速検査 輸液(生理食塩水・ヴィーンD) mL/hr 酸素(カヌラ・マスク) L/min 気管挿管	診察券番号 管理番号 / ()
---------------------	--	--	---------------------