

FAX 050-3588-8341 TEL 090-3766-7270 (内田)

## 患者搬送依頼書

フリガナ ご利用者様名 (患者様名)	フリガナ ご依頼者様名 (ご家族様名)
身長 cm 男性 体重 kg 女性	続柄 連絡先(携帯)

※個人情報保護法により、ご利用者様(患者様名)はイニシャルでも構いません

### 【患者様基本情報】

病名: \_\_\_\_\_ 病名告知: 未・済

主症状: \_\_\_\_\_

麻痺: 無・有(部位・程度) \_\_\_\_\_ 褥瘡: 無・有( ) \_\_\_\_\_

疼痛: 無・有(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢/程度: 重・中・軽) \_\_\_\_\_ 視力障害: 無・有( ) \_\_\_\_\_

意思の伝達: できる・時々できる・ほとんどできない・できない \_\_\_\_\_ 聴力障害: 無・有(左・右・両方) \_\_\_\_\_

体位変換: 自立・介助( 時間毎) 尿便意: 無・有 排泄: 自立・尿便/器/介助・パッド交換必要( 時間毎) ・バルーンカテーテル留置

感染症: 無・有 ※感染症が確認された場合は必ずご記入下さい( ) \_\_\_\_\_

『医療処置の必要性』	<input type="checkbox"/> 酸素( 0/分)(加湿・ドライ) <input type="checkbox"/> 吸引器(吸引カテーテル F) <input type="checkbox"/> 点滴(IVH・末梢)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> モニター(血圧・SPO2・心電図) <input type="checkbox"/> その他( )
『看護・ケア上での注意事項』	

主治医 \_\_\_\_\_ 担当看護師・MSW \_\_\_\_\_  
 ※搬送中の医療処置につきましては、主治医の指示の下、行うことになります

### 【ご利用内容】

搬送元 (出発地)	西暦 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 出発希望
	名称 _____ 病棟名 _____
	住所 _____ 担当看護師・MSW _____ TEL _____
搬送先 (到着地)	西暦 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 到着希望
	名称 _____ 病棟名 _____
	住所 _____ 担当看護師・MSW _____ TEL _____

【ご同乗者様】  無  有 ※ご依頼者様と同じ場合は記入不要(最大5名まで乗車可能)

ご同乗者様名(代表)	様 続柄 計 名
出発地スタッフの同行	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医師・看護師) 計 名

### 【依頼書送信者様】

名称	氏名 _____ 様
	連絡先 _____