

救急搬送患者連絡票

この連絡票は救急隊員に必要な医学的情報を伝え、病院への搬送を円滑に行うためのものです。ただしこれは必要最小限の情報なので、改めて詳しい紹介状（診療情報提供書）も病院にFAXでお送りください。

※下記情報を記載し、救急隊員へ渡してください。なお1部コピーを取り控えとして保存しておいてください。

フリガナ		性別	生年月日	年齢	
患者氏名		男 女	M・T・S・H 年 月 日	歳	
搬送先病院	紹介科および医師名（紹介済みの場合）		搬送先病院ID番号		
1.磐田市立総合病院 2.その他（ ）	1.診療科名 科 2.医師名		1.なし 2.不明 ()		
医師・看護師・介護職同乗	家族同乗		磐田病院救急事務への連絡		
有・無	有・無		済・未		
バイタルサインおよび測定時間： 年 月 日 午前・午後 時 分頃					
意識レベル（JCS）	呼吸数（回/分）	脈拍数（回/分）	血圧（mmHg）	体温（℃）	SpO2（%）

必須項目（●のついた項目は依頼元に応じて必須項目ですが、それ以外も可能な範囲で記入ください）			
医療機関	その他		
●	●	診断名または症状など	
●	●	現病歴 (救急依頼理由)	
●		既往歴 なし・あり	
●	●	内服中の薬 なし・あり	(お薬手帳参照・お薬手帳なし)
●		搬送時における処置 なし・あり	1.酸素吸入（経鼻 〇/分、マスク 〇/分） 2.点滴（留置針 G、点滴内容） 3.その他（）
●	●	キーパーソン	① _____（続柄：）連絡先：_____ ② _____（続柄：）連絡先：_____
●	●	本人の意思	DNAR あり・なし・不明 意思確認日：平成 年 月 日 (本人の意思の代弁者：)
	●	居宅・ケアマネジャー氏名	
	●	主治医名	

紹介元医療機関名または施設名・事業所名 住所 電話番号 FAX番号 紹介医・者氏名
