

患者搬送搬送依頼書

※Nurse /Swの皆様へ

医療搬送は、搬送元病院主治医の許可、指示にて行います。「安心、安全な搬送」のためご家族様へ同意書へのサインをお願いしております。ご協力をお願い致します。

ご利用者名 (患者様名) 様 ※イニシャルでもOKです 依頼時に電話にて伝えてください	歳	男	依頼者名	
		女	( ) F ( ) 病棟 Nurse	様
			SW	様

ご利用日	令和 年 月 日
予約時間(出発時間)	AM / PM 時 分

出発病院	( )階 ( )病棟	電話	( )
		FAX	( )
担当 医師	科 Dr	緊急時連絡先	( ) 病棟直通 内線 ( )

搬送先	病院 施設 自宅 住所
名称	電話 ( )

<患者情報>

病名					
平常バイタル	体温	~	°C	脈拍	~
	血圧	/		spo2	~ %

酸素使用 : 無 有 流量 L	吸引使用 : 無 有 頻度
点滴 : 無 有 IVH / 抹消	排泄状態 : 留置カテ オムツ 採尿
感染症 : 無 有 ( )	四肢麻痺 : 無 有 (右:手足 左:手足)

搬送中の緊急時(搬送元病院指示のもと)  消防救急要請  AED等にて対応し搬送先へ  DNAR対応にて搬送先  
 ※DNARの場合は同意書をお願い致します。

注意事項 / 指示事項
-------------

<必要な備品>

点滴棒	スクープストレッチャー	spo2モニター
酸素( )L	体交クッション	
吸引器	パックラック	

備考

備考
----

一般社団法人 全民救患者搬送協会

株式会社 **MAKI**

257-0003 神奈川県秦野市南矢名4-22-50

TEL/FAX 0463-68-0081

常時対応 080-5532-3309 / 080-3455-7361