

患者搬送依頼書

〔ご送信者様〕

送信日 月 日

名称:	お名前		様
住所:	T E L		
	F A X		

〔ご利用内容〕

フリガナ		身長	cm	男	歳
ご利用者名 (患者様名)	様	体重	kg	女	
ご利用日	お迎え; 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 出発希望				
	ご到着; 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 到着希望				
お迎え先	名称; (自宅・病院・施設)				病棟/病室
	所在地;		電話;		
搬送先	名称; (自宅・病院・施設)				病棟/病室
	所在地;		電話;		
移動方法	自立歩行 ・ 車いす ・ リクライニング車いす ・ ストレッチャー				
ご同乗者様 (ご家族様)	無 ・ 有 (名)	出発地スタッフの同行		無 ・ 医師 ・ 看護師	
急変時指示者様 (主治医等)	医師名;		様 電話		内線

〔処置内容〕

酸素	無 ・ 有 (量/分)	点滴	無 ・ 有	呼吸器	無 ・ 有
吸引	無 ・ 有 (頻度;)	感染症	無 ・ 有 (病名;)		

〔必要備品〕

例) 輸液ポンプ・シリンジポンプ・電源 等
その他 ご要望や特記事項などあればご記入ください

※お願い！！

- ・別紙にて「患者様情報連絡書」又は、看護サマリーをお願いする場合があります。
- ・ご利用者様のご状態等で不明な点は、問い合わせをさせていただきます。
- ・お支払いは原則、当日の搬送終了時に現金でのお支払いをお願いします。ご家族様へお伝えください。

患者様情報連絡書

(作成日: 年 月 日)

ご利用者様基本情報 ※個人情報保護法により、ご利用者様名はイニシャルでも構いません。

氏名: 様
年齢: 才 性別: 男 / 女 身長: cm 体重: kg
主治医: 担当看護師:

病名:	[バイタルサイン]
本人への病名告知: 済・未	体温:
主症状:	脈拍: (整 / 不整)
	呼吸:
発症時期: 年 月頃	血圧:
意識レベル: JCS・GCS	Spo2:
疼痛: 無・有 (部位・程度)	感染症: 無・有 ()
安静度:	ペースメーカー: 無・有

〔身体状態〕	看護・ケア上での注意点
寝たきり度: J・A ₁ ・A ₂ ・B ₁ ・B ₂ ・C ₁ ・C ₂	
褥瘡: 無・有 (部位・程度)	
麻痺: 無・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢 程度: 重・中・軽	
移動: 自立・杖・歩行器・車椅子 (一部介助・全介助)・ストレッチャー	
視力障害: 無・有 (右・左・両側)	
聴力障害: 無・有 (右・左・両側)	
意志の伝達: できる・時々できる・ほとんどできない・できない	

〔生活支援の必要性〕	看護・ケア上での注意点
体位変換: 自力・介助 (時間毎)	
排泄: 自立・ポータブル・尿/便器・オムツ・カテーテル留置 尿便意 (無・不明・有)	
食事: 自立・一部介助・全介助 食事形態 (普通・軟・流動) 嚥下障害 (無・有) 飲水 (可・不可) 食事制限 無・有 ()	

〔移動中に医療的管理・処置の必要性〕	具体的内容 (内服薬も含む)
<input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 点滴 (IVH・末梢) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 服薬	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

〔その他 特記事項・移動中の注意点〕	