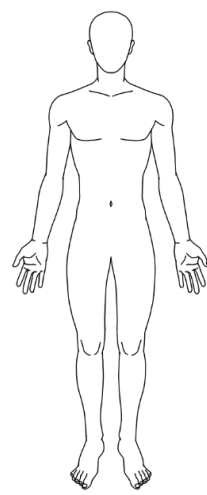


奄美ドクターヘリ 施設間搬送依頼チェックリスト ver.4

ホームページのフローチャートを参照しながらの転院調整をお願い致します。

<p>搬送元医療機関</p> <p>病院 _____</p> <p>_____ 科 _____ 医師</p> <p>連絡先 _____</p>	→	<p>搬送先医療機関</p> <p>病院 _____</p> <p>_____ 科 _____ 医師</p> <p>連絡先 _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------

患者情報	かな：_____ 年齢：_____ 性別：_____		
	氏名：_____ 生年月日：西暦_____年__月__日		
	住所：_____ 電話番号：_____		
診断名	#1 _____ #2 _____	留置中のデバイスを手書きで記入	
バイタル	意識：_____ 血圧：_____/____ 心拍数：____ 呼吸数：____ SpO ₂ ：____% (____L) 体温：_____		
処置・介入	気道管理： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)		
	酸素投与： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (_____)		
	点滴・持注など： (留置部位、太さ、薬剤・組成、流量)		
	① _____、____G、____、____mL/h _____、____mL/h		
	② _____、____G、____、____mL/h _____、____mL/h		
	その他デバイス： _____		
重要な既往	アレルギー		
関係者同乗 原則同乗不可	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 氏名：_____ 関係：_____		
	住所：_____ 電話番号：_____		
メモ			



以下はフライトドクターからの指示に応じて、いずれかのチェックボックスをオンにしてください。

搬送元からの 引継場所	<input type="checkbox"/> ①ランデブーポイント (ランデブーポイントまで必ず医師の同乗をお願いします)
	<input type="checkbox"/> ②搬送元医療機関 (状態が安定せず追加の搬送前処置が必要な場合など)

FAX 送信先：0997-52-1525 電話確認先：0997-53-0365 (運航管理室)