

# 記入例

氏名については「カナ」で構いません。生年月日も忘れず記載してください

なるべく直接連絡が取れる電話番号を記載してください

体重は推定でも構いませんので記載してください。

病名は推定病名や病態でも構いません。  
例：「急性脳症の疑い」「意識障害」「敗血症性ショック」など

判明しているバイタルサインを記載してください。

紹介元病院様用  
転院依頼患者情報

大阪市立総合医療センター 小児救命救急センター  
地域医療連携室 FAX 06-6929-0886

依頼時刻 年 月 日 :

依頼施設 病院  小児科  救急/救命センター  開業医  その他 ( )

依頼科/医師 科 医師 電話番号 ( )

患者名 男・女 体重 kg

生年月日 年 月 日 歳 ヶ月

病名(病態)  呼吸不全  循環不全  中枢神経障害  その他

患者情報

バイタルサイン/モニター値	治療/デバイス
<input type="checkbox"/> 呼吸数 ( )/分	<input type="checkbox"/> 酸素 有/無 <input type="checkbox"/> NPPV 有/無 <input type="checkbox"/> 挿管 有/無
<input type="checkbox"/> 心拍数 ( )/分	<input type="checkbox"/> カテコラミン 有/無
<input type="checkbox"/> 血圧 ( / )mmHg <input type="checkbox"/> 末梢循環 良/不良	<input type="checkbox"/> 体外循環 有/無
<input type="checkbox"/> 意識 ( )/AVPU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 体温 ( )°C	

搬送方法  搬送チーム  前医搬送  ヘリ(Dr. / 防災)→ ヘリポート連絡

## 紹介元病院様用 搬送・転院依頼患者情報

大阪市立総合医療センター 小児救命救急センター  
地域医療連携室FAX 06-6929-0886

依頼時刻 年 月 日 :

依頼施設 病院  小児科  救急/救命センター  開業医  その他 ( )

依頼科/医師 科 医師 電話番号 ( )

患者名 男・女 体重 kg

生年月日 年 月 日 歳 ヶ月

病名(病態)  呼吸不全  循環不全  中枢神経障害  その他

患者情報

バイタルサイン/モニター値	治療/デバイス
<input type="checkbox"/> 呼吸数 ( )/分	<input type="checkbox"/> 酸素 有/無 <input type="checkbox"/> NPPV 有/無 <input type="checkbox"/> 挿管 有/無
<input type="checkbox"/> 心拍数 ( )/分	<input type="checkbox"/> カテコラミン 有/無
<input type="checkbox"/> 血圧 ( / )mmHg <input type="checkbox"/> 末梢循環 良/不良	<input type="checkbox"/> 体外循環 有/無
<input type="checkbox"/> 意識 ( )/AVPU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 体温 ( )°C	

搬送方法  搬送チーム  前医搬送  ヘリ(Dr. / 防災)→ ヘリポート連絡