

<介護施設様用>

病院救急車 お迎え搬送サービス依頼書

出動可能時間:平日(月～金曜)／9:00～17:00 ※祝日を除く



< 患者様情報 >

Patient information

氏名 Name	(フリガナ)				性別 Sex	男 Male	女 Female		
生年月日 Date of birth	大正・昭和 平成・令和 西暦(CE)	年 Y	月 M	日 D	歳 age	大雄会受診歴 Daiyukai Medical history	有 Yes	無 No	不明 Not clear
キーパーソン Key person			続柄 Relationship			連絡先 Phone Number			
要介護度 Nursing care level	無 No	有 Yes	要支援 () 要介護 () その他 ()			かかりつけ医 Family doctor			

< 状況 >

Situation

バイタル Vitals 分かる範囲で 記載ください	体温 Body temperature	℃		血圧 Blood pressure	／	
	脈拍 Pulse	回／分		SpO2	%	
主訴 Chief complaint 該当するものに ✓を入れてくだ さい	<input type="checkbox"/> 発熱 Fever	<input type="checkbox"/> けいれん Convulsions	<input type="checkbox"/> SpO2低下 SpO2 drop	<input type="checkbox"/> 息が苦しい Shortness of breath		
	<input type="checkbox"/> 血が出ている Bleeding	<input type="checkbox"/> ぼーっとしている Feel fuzzy	<input type="checkbox"/> 血圧低下 Blood pressure drop	<input type="checkbox"/> 上手く話せない can't speak well		
	自由記入欄			<input type="checkbox"/> 転倒 Fall		
基礎疾患 Underlying illness	<input type="checkbox"/> 高血圧 High blood pressure	<input type="checkbox"/> 認知症 Dementia	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 Malignant tumor		
	<input type="checkbox"/> 心血管疾患 Cardiovascular disease	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 Cerebrovascular disease	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 Respiratory disease	<input type="checkbox"/> 他() Others		
既往歴 Past Medical history	病名／ Disease name					
ADL	移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 補助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり 食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / 普通食・治療食:キザミ・トロミ・ミキサー 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 意思疎通: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 難聴 (左 ・ 右)					

可能であればお迎えの際に、直近の薬剤情報およびお薬手帳のコピーをご用意ください。

< 施設情報 >

Facility information

施設名 Facility name			
電話番号 telephone number			
FAX番号 FAX number			
担当者 Person in charge	(直通番号)		

お問い合わせ先: 地域医療連携室 TEL 0120-752-366(直通) / FAX 0586-24-9999