

&lt;介護施設様用&gt;

# 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

社会医療法人



## &lt; 患者様情報 &gt;

Patient information

氏名 Name	(フリガナ) .....				性別 Sex	男 · 女 Male · 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
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

## &lt; 状況 &gt;

Situation

バイタル Vitals <small>分かれる範囲で記載ください</small>	体温 Body temperature	°C	血圧 Blood pressure	/
	脈拍 Pulse	回/分	SpO2	%
主訴 Chief complaint <small>該当するものに✓を入れてください</small>	□ 発熱 Fever	□ けいれん Convulsions	□ SpO2低下 SpO2 drop	□ 息が苦しい Shortness of breath
	□ 血が出ている Bleeding	□ ぼーっとしている Feel fuzzy	□ 血圧低下 Blood pressure drop	□ 上手く話せない can't speak well
	自由記入欄			□ 転倒 Fall
基礎疾患 Underlying illness	□ 高血圧 High blood pressure	□ 認知症 Dementia	□ 糖尿病 Diabetes	□ 悪性腫瘍 Malignant tumor
	□ 心血管疾患 Cardiovascular disease	□ 脳血管疾患 Cerebrovascular disease	□ 呼吸器疾患 Respiratory disease	□ 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。

## &lt; 施設情報 &gt;

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