

緊急受診時（当日予約外・救急搬送）患者連絡票

（様式1）

分かる範囲で下記の項目をご記入いただき、受診時に受付職員にお渡しください

フリガナ		性別	生年月日			年齢
患者氏名		男・女	T・S・H・R	年	月	日
施設名		施設 患者担当者		氏名		
施設連絡先				職種( )		
キーパーソン (緊急時)	①氏名		続柄	連絡先①		
				連絡先②		
	②氏名		続柄	連絡先①		
				連絡先②		
家族の来院	あり(来院予定時間: ) なし(来院できない理由: )					
搬送・予定外受診に至った経緯(診断名・症状)						
出発時バイタルサイン及び測定時間			令和	年	月	日( ) 午前・午後 時 分
意識レベル(JCS)	体温(°C)	脈拍数(回/分)	血圧(mmHg)	SpO2(%)	呼吸数(回/分)	
搬送時の処置	なし・あり※下記に内容を記載ください ①酸素吸入(経鼻・マスク: l/分) ②点滴(留置針 G・点滴内容 ) ③解熱剤使用: なし・あり( 時 分・使用薬剤: ) ④鎮痛剤使用: なし・あり( 時 分・使用薬剤: ) ⑤その他: ( )					
既往歴 (ありの場合記載)	なし・あり*下記に内容を記載ください					
感染症 (疥癬含む)	なし・あり*下記に内容を記載ください					
服薬	お薬手帳参照(お薬手帳をご持参ください)・お薬手帳なし (お薬手帳がない場合に記載)※添付でも可					
アレルギー (食物含む)	なし・あり ( )					
普段のADLの状況				今日のADL(変化のある方のみ)		
介護度: 要支援・要介護( ) (体重 kg) 移動 歩行(自立・介助・杖)・車椅子(自走・介助)・ベッド上 認知・コミュニケーション: 可・不可(難聴・構音障害・理解困難) 食事形態: 経口摂取・経管栄養・その他( ) 排泄介助: 不要・オムツ・PWC(見守り・介助) 尿留置カテーテル・(その他: )				最終排便: 月 日 最終飲食: 月 日 時		
DNARの希望	あり・なし・不明 (意思確認 年 月 日 ) ※本人意思の代弁者がいる場合: 氏名( ) 続柄( )					

この用紙の提出が済み、家族の到着を確認されましたら、受付職員へ施設に戻る旨をお伝えください