

依頼日時

平成 年 月 日 時 分

転院依頼患者情報

ホットライン 078-945-7370/FAX(PICU) 078-945-7354

兵庫県立こども病院小児集中治療科

依頼元 病院(医療センター)		病棟	依頼医師 小児科・救急科 科 先生		連絡先 電話番号 内線		記載者
患児氏名 姓 名	男・女	年齢 歳 か月	生年月日 西暦 平成 年 月 日		体重 kg	身長 cm	血液型 ABO Rh
既往歴		最終飲食	服薬歴				
		感染症接触の有無 水痘・麻疹・ムンプス・風疹・帯状疱疹	アレルギー				

主訴/診断名 現病歴	現行治療	pH (:)	pH (:)	WBC	CRP/PCT	CK	Ca
	<input type="checkbox"/> メイン	pCO ₂	pCO ₂	Hb	T-Bil	BUN	Mg
	<input type="checkbox"/> 鎮静	pO ₂	pO ₂	Ht	D-Bil	Cre	Glu
	<input type="checkbox"/> 筋弛緩剤	HCO ₃ ⁻	HCO ₃ ⁻	Plt	AST	Na	PT-INR
	<input type="checkbox"/> カテコラミン	BE	BE	TP	ALT	K	APTT
		Lac	Lac	Alb	LD	Cl	Fib

挿管	SpO2	経路 鼻・口 気管切開	挿管チューブ (カフ 有・無)	呼吸器設定	非挿管	SpO2	酸素	呼吸数	呼吸様式
	%		mm cm	FIO2 PIP/PEEP RR Ti		%	room air カヌラ マスク	L/min bpm	
心拍数	血圧	CRT	GCS	JCS	AVPU	瞳孔(R・L)	対光反射(R・L)	体温	
bpm	/ mmHg	sec	E(4) V(5) M(6)			/ mm	/	℃	

身体所見	画像所見	培養・迅速検査 血液培養(未・済) (抗菌薬前・後)
------	------	-------------------------------

緊急度	緊急 準緊急 非緊急	方針 電話相談のみ 依頼元による搬送 迎え搬送()	搬送手段 ドクターヘリ ドクターカー 救急車	指示等	絶飲食・酸素投与・輸液種類・輸液速度・感染症確認	転帰 ICU ER 病棟
-----	------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-----	--------------------------	-----------------------

経過	診察券番号
	管理番号