

依頼日時

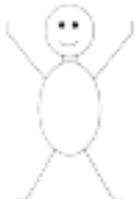
令和 年 月 日 時 分

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 / 令和 年 月 日		体重 kg	身長 cm	血液型 ABO Rh
既往歴		最終飲食	服薬歴		SARS-CoV2感染 ワクチン接種(有・無) →有の場合接種回数()回 濃厚接触(有・無) 検査結果※() ※ 検査日、検査種類、検査結果を記載		
		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 <input type="checkbox"/> メイン <input type="checkbox"/> 鎮静 <input type="checkbox"/> 筋弛緩剤 <input type="checkbox"/> カテコラミン		pH (:)	pH (:)	WBC	CRP/PCT	CK	Ca
				pCO ₂	pCO ₂	Hb	T-Bil	BUN	Mg
				pO ₂	pO ₂	Ht	D-Bil	Cre	Glu
				HCO ₃ ⁻	HCO ₃ ⁻	Plt	AST	Na	PT-INR
				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) mm cm	呼吸器設定 FIO2 PIP/PEEP RR Ti	非挿管	SpO2 %	酸素 room air カヌラ マスク	呼吸数 L/min bpm	呼吸様式
心拍数 bpm	血圧 / mmHg	CRT sec	GCS E(4) V(5) M(6)	JCS	AVPU	瞳孔(R・L) / mm	対光反射(R・L) /	体温 ℃	

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