

救急車で転院する際の事前情報提供書(東北大学病院専用)

転院予定日前日の午前中(土・日・月の場合は金曜日午前中)に
転院先の病棟宛に、FAXでお送りくださいますようお願いいたします

1. 紹介元病院情報

紹介元病院名: _____ 診療科名: _____ 主治医名: _____
紹介元電話番号 _____ FAX番号: _____

2. 患者基本情報

患者氏名 ふりがな _____ 生年月日 明大昭平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 性別 _____
当院受診歴 有 無
転送先診療科名 _____ 病棟 _____ 科 _____ 担当医名 _____
診断名 _____
転院目的 _____
禁忌薬 有 薬品名 _____ 無 不明
アレルギー 有 内容 _____ 無 不明
感染症 HB HCV HIV STS MRSA その他 _____ 無
既往症 _____ 手術 _____

3. 加療内容

①呼吸器装着 無 有 ②酸素吸入 無 有 _____ L/分 NC FM 挿管
③持続点滴 無 有 ④末梢 無 有 ⑤CVライン 無 有
⑥昇圧薬 無 有 内容 _____
⑦抗不整脈薬 無 有 内容 _____
⑧輸液ポンプ・シリンジポンプ 無 有 _____ 台 ⑨胸腔ドレーン挿入 無 有

4. 看護

①意識 清明 障害 JCS= _____ ②拘縮 無 有 部位 _____
③麻痺 無 有 部位 _____ ④褥瘡 無 有 部位 _____
⑤認知症 無 有 ⑥言語障害 無 有

5. 転院計画

転院日 _____ 月 _____ 日 到着予定時刻 _____ 時
転院時付き添い 医師 看護師 家族
事前準備要請事項及びその他特記事項

※大学病院事前確認欄

確認者 _____ 診療科名 _____ 医師名 _____
病棟名 _____ 看護師名 _____

※引継時確認欄

引継日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
確認者 _____ 紹介元病院 病院名 _____ 医師名 _____
大学病院 診療科名 _____ 医師名 _____
病棟名 _____ 看護師名 _____

【注意事項】

- ① 引継場所は、原則として病棟といたします。
- ② 引継ぎが完了するまで、患者様は紹介元病院の管理下にあることをご了承ください。
- ③ 本書式はきわめて高度の個人情報を含んでいますので取り扱いには十分留意してください。本提供書の送信後、届いたかどうか必ず送付先の病棟に確認してください。
- ④ この書式のほかに、搬送時には通常の診療情報提供書をご用意下さい。