

搬送情報伝達票

※搬送中の医療行為に起因しない患者の容態悪化の責任等は、搬送元医療機関が負うことを同意した上で、要請します。

1 要請日時	令和	年	月	日	時	分					
2 搬送希望日	令和	年	月	日	時	分	頃	受入病院到着希望時間	時	分	頃
3 要請病院名							電話				
所在地							FAX				
担当診療科・医師名	診療科			担当医師							
連絡担当者	部署名			担当者名							

※連絡担当者とは、医師以外の方でメディカルウイングの運航調整担当者との連絡調整をご担当いただける方です。要請後から搬送当日までの連絡窓口をご担当いただきます。

4 受入病院名							電話				
所在地							FAX				
担当診療科・医師名	診療科			担当医師							
連絡担当者	部署名			担当者名							
受入病院の了承	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

5 患者情報											
ふりがな 患者氏名			生年月日		年		月		日		歳
			身長・体重		cm	kg	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	職業		
住所						感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
病名						入院日 年 月 日					
経過											

血圧: mmHg	脈拍: 回/分	呼吸: 回/分	体温: °C	意識レベル(JCS):
気圧変化: <input type="checkbox"/> 影響無し	<input type="checkbox"/> 影響有り			

6 機内で使用する医療資機材等 (借用希望=機体搭載の資機材借用、 <input checked="" type="checkbox"/> の場合、数量以降の記載不要)											
資機材名	借用希望	持込希望	数量	総重量	要電源	特記事項					
①点滴	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプあり					
②シリンジポンプ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>						
③酸素ボンベ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8ℓ以上(サイズ × cm)					
④モニター類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他					
⑤保育器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W × L × H (cm)					
⑥人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W × L × H (cm)					
⑦吸引器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W × L × H (cm)					
⑧救急バック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>						
⑨その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>						

7 ※医師の搭乗 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 搭乗を要請する
--

8 メディカルウイングによる搬送基準確認 (※ 搬送を要請するには以下の要件をすべて満たすことが必要となります。)											
<input type="checkbox"/> 当該地域の医療機関では提供できない高度、専門的医療を必要としている											
<input type="checkbox"/> 高度・専門医療機関へ転院して治療を受けることにより症状及び生命・機能予後の改善が期待できる (治療内容・方法)											
<input type="checkbox"/> 搬送中に医師による継続的な医学的管理を必要とする											

航空機による搬送が必要な理由	<input type="checkbox"/> 緊急性	<input type="checkbox"/> 搬送時間短縮	<input type="checkbox"/> 搬送安定性	<input type="checkbox"/> その他()
(主な理由:)				

9 搬送搭乗者	氏名	ふりがな	性別	年齢	体重	所属					
医師				歳	kg	<input type="checkbox"/> 搬送元	<input type="checkbox"/> 搬送先	<input type="checkbox"/> HAMN			
看護師				歳	kg	<input type="checkbox"/> 搬送元	<input type="checkbox"/> 搬送先	<input type="checkbox"/> HAMN			
				歳	kg	<input type="checkbox"/> 搬送元	<input type="checkbox"/> 搬送先	<input type="checkbox"/> HAMN			

※ 初期研修医のみでの搬送は不可、医師が確保できない場合はご相談ください。患者が小児の場合を除いて家族の同乗はできません。

10 医療機関と空港間の搬送方法	搬送元医療機関	<input type="checkbox"/> 消)救急車	<input type="checkbox"/> 消防・防災ヘリ	<input type="checkbox"/> その他
	搬送先医療機関	<input type="checkbox"/> 消)救急車	<input type="checkbox"/> 消防・防災ヘリ	<input type="checkbox"/> その他

11 使用空港	搬送元	搬送先
---------	-----	-----

12 搬送先医療機関選定理由(特定機能病院および三次救急医療機関以外)											
<input type="checkbox"/> 地域にはない高度専門医療機関であるため											
<input type="checkbox"/> その他()											