

搬送情報伝達票(※要請時は1~7、また、該当する場合は12をご記入ください)

1 要請日時	平成	年	月	日	時	分
2 搬送希望日	平成	年	月	日	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 (※母体搬送の場合は、病名欄に「現時点での週数」をご記入ください)						
患者氏名	生年月日	年	月	日	歳	
	体重	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 機内に積載する医療資機材等						
資機材名	有	数量	総重量	要電源	特記事項	
①点滴	<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 type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>		
③酸素ポンプ	<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"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	
⑤保育器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W × L × H (cm)	
⑥人工呼吸器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ:W × L × H (cm)	
⑦救急バック	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>		
⑧その他()	<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	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
			歳	kg		
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()						