# 市立大村市民病院　病院救急車搬送依頼時チェックリスト

ＦＡＸ先：市立大村市民病院連携室　　FAX番号：0120-378-375

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設名 | | | |
| 住所 | | | |
| 担当者<br>（折り返し連絡の対応） | | 電話番号 | |
| 患者氏名（フリガナ） | | | |
| 生年月日 | | 性別 | 男　・　女 |
| 患者所在場所<br>（階・部屋番号など） | | | |

現在の状況

| | 該当する□にチェックを入れて下さい | 記載できる場合はこちらも |
|---|---|---|
| 主訴 | | |
| 意識 | □普段とかわらない<br>□呼びかけに反応<br>□刺激に反応ない | JCS（　　）<br>GCS（　　） |
| 脈拍／血圧 | □普段とかわらない<br>□冷汗があり冷たい | 脈拍数：<br>血圧： |
| 呼吸 | □普段と変わらない<br>□速い　□呼吸が荒い　□酸素を使用<br>□遅い | 呼吸数：<br>SpO2：<br>（酸素　　L/分） |
| その他（体の状況） | □なし　　部位：　　状況： | |
| キーパーソン | 氏名：　　電話番号：<br>□当院にすぐに来院予定　□来院不能　□連絡未 | |
| かかりつけ紹介状 | □FAX済　　□依頼済　　□未:後日　　□当院かかりつけ | |

【搬送要件】
- □ 歩行ができない、もしくは許可できない状態で搬送中に介護・看護・処置が必要
- □ 短時間で急な変化をきたしていない（脳血管障害や心筋梗塞を疑う病歴ではない）
- □ 搬送中の安静を保つことができる
- □ 市立大村市民病院への搬送希望の確認が取れている、家族同乗の有無が取れている

【以下の場合、搬送不能や待機を要する場合があります】
- □ 飛沫・飛沫核感染を来す疾患（結核、COVID-19、インフルエンザ等）を疑う病歴がある

- □ 施設内での初期診療を行うスペース・救急車停車のスペースの確保と案内をお願いします
- □ サマリー・実態把握票（普段のADL、ACPなどの確認のため）・お薬手帳・マイナンバーカードのコピーの準備
- □ 薬（吸入薬・外用薬・点眼薬を含む）、その他に普段使っている医療機器があれば合わせて準備

市立大村市民病院 2026.4