市立大村市民病院　「お迎え搬送」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			
患者所在場所 （階・部屋番号など）			
担当者 （折り返し連絡の対応）		電話番号	

基本情報

患者氏名（フリガナ）			
生年月日		性別	男　・　女
身長 ※おおよそで可		体重 ※おおよそで可	

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 □呼びかけに反応 □刺激に反応ない	JCS（　　） GCS（　　）
脈拍／血圧	□普段とかわらない □冷汗があり冷たい	脈拍数： 血圧：
呼吸	□普段と変わらない □速い　□呼吸が荒い　□酸素を使用 □遅い	呼吸数： SpO2： （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： □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 2026.6