

宛先

山形県立中央病院・山形ドクターヘリ運航管理室

施設間搬送情報提供用紙

山形県ドクターヘリ運航管理室

搬送元施設		病院	医師 担当科	連絡先
搬送先施設		病院	医師 担当科	
要請機関				消防本部
歳	男性・女性	※名前は、後程お電話で伺います。		
病名				
現病歴（これまでの経過）・既往歴				
バイタルサイン			引き継ぎ場所	
	JCS : GCS E () V () M ()		その他	
	血圧 / mmHg			
	脈拍 回/min			
	呼吸 回/min			
	SpO ₂ % (O ₂ ℓ/min) (リザーバマスク・マスク・鼻カニューレ)			
処置内容				
輸液	部位・G	薬剤	流量	必要資器材（輸液ポンプは使えません）
				シリンジポンプ 台
				<input type="checkbox"/> 胃管
				<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル
気道管理		<input type="checkbox"/> 気管挿管		<input type="checkbox"/> 創外固定
感染症		無 ・ 有		※患者の背面（マットレス表面）からの高さが41cmを越える構造物がある場合、ヘリでの搬送はできません。
医師同乗		無 ・ 有		
家族同乗希望		無 ・ 有		
		希望の理由（ ※重量の関係もあり、基本的には同乗できませんが、状況により検討させていただきます。 家族の緊急連絡先（TEL：		