

# 高齢者 救急搬送 F A X



施設名： \_\_\_\_\_

記入日： 年 月 日

ふりがな			生年月日	M・T・S	年	月	日
患者氏名	様		年齢	歳	性別	男・女	

① かかりつけの病院はどこですか？  
 当院・ 他院 ( )

②  内科・ 外科・ 整形・ その他 ( )

② いつごろからですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

③ どのような症状ですか？ (記入して下さい)

\* 具合が悪い部分を○印で囲んで下さい。

④ 血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ・脈拍： \_\_\_\_\_ 回/分 ・体温： \_\_\_\_\_ ℃ ・SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

⑤ 内服中の薬はありますか？  ない・ ある (※ある場合には薬剤説明用紙も FAX して下さい)

⑥ 排泄について  自立・ ポータブルトイレ・ オムツ

⑦ 認知症はありますか？  ない・ ある (症状： 徘徊・ 奇声・ その他 )

⑧ 当院までの交通手段  救急車・ 施設の車 (到着予定時間 AM・PM \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃)

⑨ 入院希望  あり・ なし・ Dr.判断

---

⑩ 延命治療に関してご本人・ご家族様の意見は一致していますか？  
 確認していない・ いいえ・ はい ( )

⑪ 人工呼吸器の装着を希望されますか？  確認していない・ いいえ・ はい

⑫ 備考

※入所者以外の方の場合には、ご自宅の「住所・電話番号」を下記欄にご記入ください。

住所	〒 _____	電話番号	( _____ ) _____
----	---------	------	-----------------

## 【持参をお願いします】

- \* 保険証
- \* 当院の診察券 (ある場合)
- \* 内服薬、及び説明用紙
- \* 緊急連絡先
- \* サマリーなど経過がわかるもの
- \* この用紙 (病院にいらしたら受付にご提出下さい)
- \* 来院の際には、ファストパスカードをご持参下さい。



医療法人社団 清幸会  
**行田中央総合病院**  
 電話：048-553-2000(代)  
 FAX：048-553-2009  
 担当：相談室 加藤