ファストパス　高齢者 救急搬送ＦＡＸ

記入日
年　月　日

施設名：

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

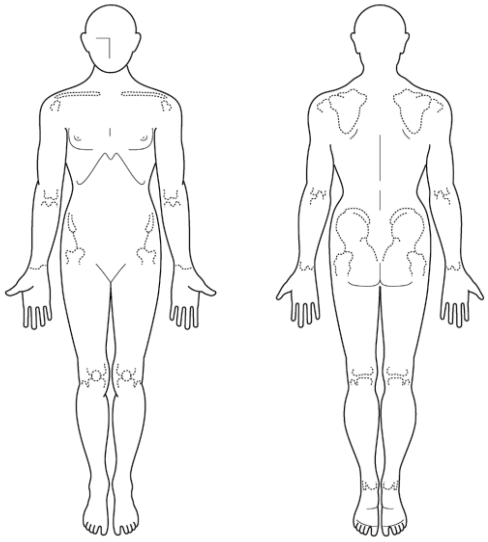
①どのような症状ですか？（記入して下さい）　＊具合が悪い部分を〇印で囲んで下さい。

□呼吸苦　□チアノーゼ

□意識レベル低下　＊呼名反応（　有　・　無　）
＊痛覚反応（　有　・　無　）

□骨折の疑い　：部位（　　）

□その他〔　　〕



※その他、連絡・補足事項あればご記入ください。

〔　　〕

②現在の症状はいつごろからですか？　　月　　日　　時　　分頃から

③血圧：　　／　　・脈拍：　　回/分・体温：　　℃　・SPO_2　　％

④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）

⑤認知症はありますか？　□ない・□ある（症状：□徘徊・□奇声・□その他　　）

⑥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（　　）

⑦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

※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㈹
FAX：048-553-2009

＊事務処理欄
□ＣＴ・ＭＲＩ　：　平成　　年　　月　　日撮影

2022.5 月改訂