

ご 確 認 事 項

- ご依頼者のお名前
()
- ご連絡先電話番号
()
- 患者様のお名前、性別、年齢、身長、体重
() / 男・女 / () 歳 / 身長 () cm / 体重 () kg
- 患者様の日常生活動作の状態
() / 車椅子 / 寝たきり / 麻痺 / 褥瘡形成
- 同乗者様の有無
()
- 搬送の日時
(月 日 曜日)
- 出発する場所と時間
() / (階 病棟) / (時 分)
- 到着する場所と時間
() / (階 病棟) / (時 分)
- 階段の昇降介助の要否
()
- ストレッチャー(寝台)又は車椅子(フルリクライニング)の要否
()
- 必要とする資器材や医療機器等の有無
()
- 処置(酸素吸入、吸引等)や管理(点滴、カテーテル等)の要否
()
- 観察事項(血圧、脈拍、酸素飽和度、症状などの注意事項)
()
- 感染症対策の要否
()
- 発熱などの症状の有無
()
- 身体又は精神疾患への対応の要否
()
- 障がい者手帳の有無
()