

記入例

平成 27 年 4 月 1 日 10 時 05 分

1 要請市町村名	〇〇消防本部	電話	000-000-000	F A X	000-000-000
担当課・職・氏名	△△課	職名	××係長	氏名	〇〇 〇〇
2 依頼病院名	〇〇病院			電話	000-000-000
所在地	〇〇市〇〇区△△町			F A X	000-000-000
担当医師名・科名	〇〇 〇〇	内科	担当課	氏名	〇〇 〇〇
3 受入病院名	丘珠空港内病院			電話	000-000-000
所在地	札幌市東区丘珠町755-11			F A X	000-000-000
担当医師名・科名	〇〇 〇〇	循環器内科	直通内線番号	〇〇 〇〇	
受入病院の了承： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
4 患者氏名 <small>ふりがな</small> 氏名 <small>ぼうさい たろう</small> 防災 太郎	生年月日	平成 8 年 4 月 5 日		18 歳	
	体重	60 kg	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業	〇〇〇
住所	北海道〇〇市〇〇町			感染症： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
病名	大動脈解離		<input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来： 月 日		
経過	3月30日に外来、診察の結果、経過入院となった。その後、入院加療中、本日未明から血圧の低下傾向を認め、大動脈解離と診断。急遽、専門医による緊急手術が必要となったもの。				
	血圧：	〇〇/〇〇 mmHg	脈拍：	〇〇 回/分	
	呼吸：	〇〇 回/分	体温：	〇〇 ℃	
意識レベル(JCS)： 〇〇〇					
航空機による搬送が必要な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急性 <input type="checkbox"/> 搬送時間短縮 <input type="checkbox"/> 搬送安定性 <input type="checkbox"/> その他( ) (主な理由： 容体の急変により、搬送先病院での緊急手術が必要)				
気圧変化： <input checked="" type="checkbox"/> 影響無し <input type="checkbox"/> 影響有り					
5 受入病院選定理由 (①、②のいずれか記載)					
<input checked="" type="checkbox"/> ①高次・専門医療機関での治療が必要なため (治療内容： 緊急手術)					
<input type="checkbox"/> ②その他 (具体的な理由： )					
6 付添搭乗者	氏名	性別	年齢	体重	その他
医師	〇〇 〇〇	男	〇〇 歳	〇〇 kg	
看護師			歳	kg	
付添人			歳	kg	続柄：
医師・看護師の所属病院： <input checked="" type="checkbox"/> 依頼病院 <input type="checkbox"/> 受入病院 <input type="checkbox"/> その他病院名 ( )					
7 運航上の必要事項 機内に積載する医療資機材等					
資機材名	有	数量	総重量	要電源	特記事項
①点滴	<input checked="" type="checkbox"/>	1	0.5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプあり
②シリンジポンプ	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
③酸素ボンベ	<input checked="" type="checkbox"/>	1	10 kg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 80以上(サイズ：〇〇×〇〇 (cm))
④モニター類	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他( )
⑤保育器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ：W ×L ×H (cm)
⑥人工呼吸器	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	サイズ：W ×L ×H (cm)
⑦救急バック	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
⑧その他( )	<input type="checkbox"/>		kg	<input type="checkbox"/>	
引継場所 (現地離着陸場)	依頼病院： 〇〇病院屋上ヘリポート				メモ
	受入病院： 〇〇空港				

※市町村はNo.1～No.7の項目を記載の上、要請すること。(□欄はレ点又は■で該当項目をチェック)  
※No.4「経過」No.5について欄内に記入しきれない場合は、別紙(任意)により送付すること。