

様式5 緊急時の医療情報連絡票

この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。人工呼吸器の設定内容等が変更した場合は、かかりつけ医や訪問看護ステーション等に声をかけて、作成・更新してもらいましょう。人工呼吸器の設定に関する医師の指示書などの最新情報を一緒に保管しましょう。

ふりがな			性別	□男性・□女性		
患者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		
住所						
診断名						
既往や合併症						
主治医	専門医	医療機関名 () 医師名 () (TEL)				
	かかりつけ医	医療機関名 () 医師名 () (TEL)				
今までの経過	発症： 年 月頃		人工呼吸器装着： 年 月頃			
基本情報	身長	cm		体重	Kg	
	血圧	/ mmHg		体温	℃	
	脈拍	回/分		SpO2	%~ %	
	血液型	A B O AB (Rh: + -)				
医療処置情報	人工呼吸器	□非侵襲的人工呼吸 (NPPV) □気管切開下陽圧人工呼吸 (TPPV)				
		業者： TEL				
		機種名：				
		バッテリー：内蔵バッテリー (時間) 充電済み外部バッテリー (時間× 個)				
		換気モード	1回換気量 () ml/分 呼吸回数 () 回/分			
	人工呼吸器装着時間 □24時間 □夜間のみ □その他 ()					
	酸素使用	□要 (L/分) □不要 □その他 ()				
	喀痰吸引	□適時 □頻回		ネブライザー	□適時 □頻回 □不要	
	使用しているカニューレ	型：		サイズ： Fr		
	内服薬	□経口 □その他 () ※ ページに処方薬やお薬手帳のコピーを貼っておきましょう。				
栄養/ 水分摂取	□経口 (□トロミ付 □きざみ食 □ミキサー食) □経管栄養 } (経管栄養剤名：) (Kcal/日) □胃瘻 } (種類：) (サイズ： Fr) 1日の総カロリー () kcal 1日の水分量 () ml					
排泄	□自立 □オムツ □膀胱・腎留置カテーテル (Fr) □その他 ()					
その他特記事項						
記入者			記入日	年 月 日		

■ 人工呼吸器に関する情報の貼付欄

【例】 人工呼吸器の設定の指示書のコピー・人工呼吸器と外部バッテリーとの接続写真など

■ 医療情報等に関する貼付欄

【例】 薬の処方箋やお薬手帳のコピー・安楽な体位等の注意事項など