Ver.3.2
(R6.6.6)

宛　先

山形県立中央病院・山形ドクターヘリ運航管理室

施設間搬送情報提供用紙

山形県ドクターヘリ運航管理室

搬送元施設　病院	医師　担当科	連絡先	
搬送先施設　病院	医師　担当科		
要請機関　消防本部			

歳	男性・女性	身長　cm　体重　kg	※名前は、後程お電話で伺います

病名
現病歴（これまでの経過）・既往歴

バイタルサイン		その他
	JCS　：GCS　E（　）V（　）M（　）	
	血圧　／　mmHg	
	脈拍　回／min	
	呼吸　回／min	
	SpO_2　％（O_2　ℓ／min）	
	（ リザーバーマスク ・ マスク ・ 鼻カニューレ ）	搬送元施設　引継ぎ場所
	体温　℃	

処置内容

	部位・G	薬剤	流量	必要資器材（輸液ポンプは使えません）
輸液				シリンジポンプ　台
				□動脈圧ライン　□胃管
				□尿道カテーテル　□創外固定

気道管理	□気管挿管
感染症	無　・有
アレルギー	無　・有
医師同乗	無　・有

※患者の背面からの高さが４１ｃｍを越える構造物が在る場合、ストレッチャーをヘリに収容できませんので調整が必要です。ご相談ください。

家族同乗希望	無　・有 希望の理由（　） ※重量の関係もあり、基本的には同乗できませんが、状況により検討させていただきます。 家族の緊急連絡先（TEL：　）

□　フライトドクターは収容依頼する際に、搬送先施設での引継ぎ場所を確認する。

□　フライトナースは動脈圧ラインに☑がある場合、トランスデューサーを持参する。