

身体治療状況等確認シート

該当する項目に☑をいれてください。

注：転院の受入れはこれらの項目だけでなく、個別事例ごとに総合的に判断されます。

(1) 救急（身体）疾患について処置済ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 意識状態はどうか 【目安：意識レベル 1 桁】	<input type="checkbox"/> 意識は清明 <input type="checkbox"/> 覚醒しているが、しばらく静脈確保のための点滴が必要 <input type="checkbox"/> 覚醒しているが、しばらく呼吸・循環をコントロールするための点滴が必要 <input type="checkbox"/> 刺激に反応して一時的に覚醒または刺激に対して覚醒しない	
(3) 呼吸については O ₂ の投与なしで、30 分以上 SpO ₂ が正常に保たれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) リストカット等の外傷がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の場合、その傷（縫合後）の程度は	<input type="checkbox"/> 1 週間後に抜糸が必要な程度かそれ以下 <input type="checkbox"/> それ以上重傷	
(5) 骨折によりギブス固定をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 妊婦ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい(妊婦)の場合」、 妊娠経過・妊娠週数がはっきりしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(7) 血液検査結果の基準値（実施している場合） Na（ナトリウム）：120mEq/L 以上 CK（クレアチンキナーゼ）：2000U/L 未満 CRP（C 反応性蛋白）：10mg/L 以下 Cr（クレアチニン）： 2mg/dl 以下	<input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 基準値内	<input type="checkbox"/> 基準値外 （基準値から外れる項目がありましても相談いただくことは可能です。）

※血液検査等の検査データがありましたら、併せてお送りください。