

FAX： 平日 8：30～17：00

078-987-4866

上記以外（夜間・休日）

078-987-2207

救急受診依頼用 患者情報

20 年 月 日（ ）

済生会兵庫県病院

施設名： \_\_\_\_\_

電話： - - FAX： - -

科 担当医 宛

担当者・職種： \_\_\_\_\_

フリガナ  
患者氏名：

性別：  男 ・  女

生年月日：  大正・ 昭和・ 平成 年 月 日（ 歳） 当院 ID： \_\_\_\_\_

DNAR についての意思表示：  あり・ なし 搬送方法：  救急車・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

キーパーソン：  あり ・  なし [→キーパーソンの代わりになる人 \_\_\_\_\_ ]

主な既往： \_\_\_\_\_ アレルギー：  有 [ \_\_\_\_\_ ]・ 無

主訴： \_\_\_\_\_

今回の症状及び経過（簡潔に）： \_\_\_\_\_

最終バイタル測定： \_\_\_\_\_ 月 日（ ）  AM・ PM \_\_\_\_\_ :

意識レベル： \_\_\_\_\_ 体温： \_\_\_\_\_ °C 血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SPO2： \_\_\_\_\_ % 酸素吸入： \_\_\_\_\_ ℓ 内服薬：  別紙のとおり ・  処方なし

※ お薬手帳または処方箋の添付をお願いします。

※ 翌診療日中に診療情報提供書のご準備をお願いします。

※ バイタルや意識レベルなど不明な項目がある場合は空白のまま構いません。