

# 救急車で転院する際の事前情報提供書(東北大学病院専用)

転院予定日前日の午前中(土・日・月の場合は金曜日午前中)に  
転院先の病棟宛にFAXでお送りくださいますようお願いいたします

## 1. 紹介元病院情報

紹介元病院名: \_\_\_\_\_ 診療科名: \_\_\_\_\_ 主治医名: \_\_\_\_\_  
紹介元電話番号: \_\_\_\_\_ FAX番号: \_\_\_\_\_

## 2. 患者基本情報

患者氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 明大 年 月 日 昭平 年齢  性別

当院受診歴  有  無

転送先診療科名  病棟  科  担当医名

診断名 \_\_\_\_\_

転院目的 \_\_\_\_\_

禁忌薬  有 薬品名 \_\_\_\_\_  無  不明

アレルギー  有 内容 \_\_\_\_\_  無  不明

感染症  HB  HCV  HIV  STS  MRSA その他 \_\_\_\_\_  無

既往症 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_

## 3. 加療内容

①呼吸器装着  無  有 ②酸素吸入  無  有 \_\_\_\_\_ L/分  NC  FM  挿管

③持続点滴  無  有 ④末梢  無  有 ⑤CVライン  無  有

⑥昇圧薬  無  有 内容 \_\_\_\_\_

⑦抗不整脈薬  無  有 内容 \_\_\_\_\_

⑧輸液ポンプ・シリンジポンプ  無  有 \_\_\_\_\_ 台 ⑨胸腔ドレーン挿入  無  有

## 4. 看護

①意識  清明  障害 JCS=  ②拘縮  無  有 部位 \_\_\_\_\_

③麻痺  無  有 部位 \_\_\_\_\_ ④褥瘡  無  有 部位 \_\_\_\_\_

⑤認知症  無  有 ⑥言語障害  無  有

## 5. 転院計画

転院日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 到着予定時刻 \_\_\_\_\_ 時

転院時付き添い  医師  看護師  家族

事前準備要請事項及びその他特記事項  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ※大学病院事前確認欄

確認者 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_  
病棟名 \_\_\_\_\_ 看護師名 \_\_\_\_\_

## ※引継時確認欄

引継日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

確認者 \_\_\_\_\_ 紹介元病院 病院名  医師名   
大学病院 診療科名  医師名   
病棟名  看護師名

## 【注意事項】

- ①引継場所は、原則として病棟といたします。
- ②引継ぎが完了するまで、患者様は紹介元病院の管理下にあることをご了承ください。
- ③本書式はきわめて高度の個人情報を含んでいますので取り扱いには十分留意してください。  
本提供書の送信後、届いたかどうか必ず送付先の病棟に確認してください。
- ④この書式のほかに、搬送時には通常の診療情報提供書をご用意ください。