

■ 医療情報連絡票

患者氏名		性別	男性・女性
生年月日	西暦 年 月 日生	年齢	歳
住所			
電話番号			
診断名			
合併症			
主治医	かかりつけ医	医療機関名	
		医師名	TEL
	その他	医療機関名	
		医師名	TEL
今までの経過	発症: 年 月 人工呼吸器装着: 年 月		
◎禁忌薬物			
◎アレルギー			
基礎情報 (平常の値を記入)	身長		体重
	血圧		体温
	脈拍		SpO2
コミュニケーション	会話 筆談 文字盤 意思伝達装置 その他()		
	具体的に記載:		
医療処置情報			
人工呼吸器	機種名()		
	<input type="checkbox"/> 気管切開で使用(TPPV) <input type="checkbox"/> マスクで使用(NPPV)		
	人工呼吸器装着時間: <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他()		
	【設定】人工呼吸器指示書参照 (※必ず最新の指示書をファイルしてください)		
酸素使用	<input type="checkbox"/> あり()L/分 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()		
気管切開	カニューレ製品名() サイズ() カフエア量()ml		
吸引	<input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 ※特記事項()		
	吸引回数		
栄養	<input type="checkbox"/> 経口		
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル		
	製品名() サイズ()		
	<input type="checkbox"/> その他()		
	摂取量	経管栄養指示簿参照(最新の指示簿をファイルしてください)	
	水分補給		
膀胱留置カテーテル			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()		
その他特記事項			
記入日	年 月 日		(記入者)

※ご家族で記入してください。不明な点は、かかりつけ医の医師、看護師などにきいてください。