

★医療機関とご相談の上、ご記入ください。

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)	