

鹿児島県ドクターヘリ 施設間搬送依頼チェックリスト

搬送予定 ① 今すぐ：② または ____ 月 ____ 日 () ____ 時頃

依頼元： _____ 病院 (_____ 科 _____ 医師) 連絡先 TEL _____	搬送先： _____ 病院 (_____ 科 _____ 医師) 連絡先 TEL _____ ※ 必ず受入が決定してからご連絡下さい。
患者情報	氏名： _____ (____ 歳) 男・女 生年月日： ____ 年 ____ 月 ____ 日 住所： _____ 電話番号： _____
関係者同乗	有・無 _____ 氏名 _____ (関係： _____) 住所 _____ 連絡先 TEL _____ ※原則同乗不可 必要に応じ相談可
診断	#1. _____ #2. _____ #3. _____
バイタル	血圧： ____ / ____ 脈拍： ____ SpO2： ____ (酸素 ____ L) 意識： _____ (鎮静 有・無) 体温： _____
処置	酸素：無・カヌラ ____ L・マスク ____ L・挿管下 ____ L(自発 有・無) 点滴：① 昇圧剤 有・無 ② 鎮静剤 有・無 ③ 筋弛緩薬 有・無 ④ その他 _____ * シリンジポンプ ____ 台 (注) 点滴ポンプはシリンジポンプに切り替えて搬送します。
合流場所等	患者引継ぎ場所： ① ランデブーポイント ② 要請元病院内 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> ランデブーポイント選定は運航管理担当者（CS）と消防機関にて協議し決定するものとする。 </div>
メモ	

☆ドクターヘリでの施設間搬送希望/ご相談連絡先：TEL 099-206-5006

※ このチェックリストはドクターヘリ要請依頼書ではありません。

※ 正式要請は消防機関等からドクターヘリ運航管理室 HOT LINE にて受け付けます。