

身体治療状況等確認シート

該当する項目に☑をいれてください。

注：転院の受入れはこれらの項目だけでなく、個別事例ごとに総合的に判断されます。

(1) 救急（身体）疾患について処置済ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 意識状態はどうか	<input type="checkbox"/> 意識は清明 <input type="checkbox"/> 覚醒しているが、しばらく静脈確保のための点滴が必要 <input type="checkbox"/> 覚醒しているが、しばらく呼吸・循環をコントロールするための点滴が必要 <input type="checkbox"/> 刺激に反応して一時的に覚醒または刺激に対して覚醒しない	
(3)呼吸については O ₂ の投与なしで、30 分以上 SpO ₂ が正常に保たれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) リストカット等の外傷がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の場合、その傷（縫合後）の程度は	<input type="checkbox"/> 1 週間後に抜糸が必要な程度かそれ以下 <input type="checkbox"/> それ以上重傷	
(5) 骨折によりギブス固定をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 妊婦ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい(妊婦)の場合」、 妊娠経過・妊娠週数がはっきりしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ