

インターナショナルヘルスケアクリニック宛

FAX: 03-3501-1331 Email: mail@ihc-clinic.jp

国際医療搬送見積依頼書

(依頼者名または団体名:) _____ は
国際医療搬送についての見積書作成について、下記情報を添え申込みます。

☑と記入をお願い致します。

①患者様性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> その他()
②患者様生年月日	西暦	年	月 日
③現病名と発症日	病名		発症年月日
	#1		
	#2		
	#3		
④現在の状況 (この情報で、移送時の準備・必要物品が変わります。分かる範囲でお願いします。)	BP= / mmHg ・ HR= /分 SpO2()%; <input type="checkbox"/> ルームエア <input type="checkbox"/> 酸素 L/分 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(・FiO2 %) 血液検査:Hb g/dl ADL : <input type="checkbox"/> 立位可(<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助要) ・ <input type="checkbox"/> 車いす可(座位 時間可能) ・ <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> その他(麻痺など); 投薬・治療内容(可能であればわかる範囲で): <input type="checkbox"/> 経管栄養あり <input type="checkbox"/> 持続点滴あり→点滴に昇圧剤: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテルなどの血管ルート以外のカテーテル、ドレナージあり <input type="checkbox"/> その他情報(

