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 | □はい | □いいえ |
| (2) 意識状態はどうですか【目安：意識レベル1桁】 | □意識は清明□覚醒しているが、しばらく静脈確保のための点滴が必要□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□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O2の投与なしで、30分以上SpO2が正常に保たれていますか | □はい | □いいえ |
| (4) リストカット等の外傷がありますか | □はい | □いいえ |
| 「はい」の場合、その傷（縫合後）の程度は | □1週間後に抜糸が必要な程度かそれ以下□それ以上重傷 |
| (5) 骨折によりギブス固定をしていますか | □はい | □いいえ |
| (6) 妊婦ですか | □はい | □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 | □はい | □いいえ |
| (7)血液検査結果の基準値（実施している場合）Na（ナトリウム）：120mEq/L　以上CK（クレアチンキナーゼ））：2000U／L　未満CRP（C反応性蛋白）：10mg/L　 以下Cr （クレアチニン） ：　2mg/dl 以下 | □実施していない□基準値内 | □基準値外（基準値から外れる項目がありましても相談いただくことは可能です。） |

※血液検査等の検査データがありましたら、併せてお送りください。