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 | □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 |