

依頼時刻 年 月 日 :

依頼施設 病院 電話番号 ()

依頼科/医師 科 先生

患者名 男・女 体重 kg

生年月日 年 月 日 歳 ヶ月

病名(病態) 呼吸不全 循環不全 中枢神経障害
その他

患者情報

バイタルサイン / モニター値	治療 / デバイス
<input type="checkbox"/> 呼吸数 ()/分 SpO2 ()% <input type="checkbox"/> 努力呼吸 無 / 有 (陥没・鼻翼)	<input type="checkbox"/> 酸素 有 / 無 マスク()L/min <input type="checkbox"/> 挿管 有 / 無 <input type="checkbox"/> HFNC 有 / 無 FiO2 () ()L/min
<input type="checkbox"/> 心拍数 ()/分	<input type="checkbox"/> カテコラミン 有 / 無
<input type="checkbox"/> 血圧 (/)mmHg <input type="checkbox"/> 末梢循環 良 / 不良 CRT ()秒	
<input type="checkbox"/> 意識 ()/AVPU 又は GCS (E V M)	
<input type="checkbox"/> 体温 ()°C	

	成人	小児	乳児	
開眼 E	4	自発的に開眼		
	3	呼びかけで開眼		
	2	痛み、刺激で開眼		
	1	なし		
	5	見当識ある会話	年齢相応の会話	笑い、喃語
発語 V	4	混乱した会話	易刺激性、啼泣	
	3	不適切な言葉	痛み刺激で啼泣	
	2	理解不能な発声	うめき声	痛み刺激でうめく
	1	なし		
運動 M	6	指示に従う	自発的に動く	
	5	疼痛部へ手足を持ってくる	触れると逃避	
	4	痛み刺激で逃避		
	3	四肢異常屈曲		
	2	異常伸展		
1	なし			

アレルギー:

既往歴:

内服薬:

最終飲食:

【経過概要】

【検査値】	pH	pCO ₂	BE	HCO ₃ ⁻	Lac	Glu	NH ₃
WBC	Hb	Plt	PT	aPTT	Fib	DD	CRP
Na	K	Ca	RS/Fluなど迅速抗原		他の異常値		

【現在の治療・デバイス・検査等】	
気道確保	挿管チューブ()mm ()cm固定 口 / 鼻 Th()
静脈路	右() ()G / 左() ()G
呼吸条件	PIP/PEEP (/), RR (), Ti (), FiO ₂ () 酸素マスク:()L/min HFNC : FiO ₂ (), Flow ()L/min
輸液	<input type="checkbox"/> 外液 ()ml/hr, <input type="checkbox"/> その他() ()ml/hr
カテコラミン	Ad (), NA(), DOA(), DOB(), Mil (), その他(:)(γ)
鎮静/筋弛緩	MDZ()ロロニウム (), その他(:)(mg/hr)
培養/抗生剤	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 髄液 抗生剤(: mg/kg)
デバイス各種	PV, CV, A-line, PI, 尿カテ, 胃管, その他()
画像	<input type="checkbox"/> Xp(), <input type="checkbox"/> CT() <input type="checkbox"/> エコー(), <input type="checkbox"/> MRI()
その他	感染接触 (<4w) <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 未確認 その他: