

【脱水症ホットライン】患者紹介・受入依頼FAXシート

医療法人 徳洲会 湘南病院 地域連携室

電話:046-865-4105(代表)より連携室宛てにまずはご相談ください

受付時間:月～金(平日)9:00～16:00

送信日: 令和 年 月 日 ()

紹介元: _____

担当医: _____

連絡先: TEL _____ / FAX _____

【患者様情報】

フリガナ

男

氏名: _____ 氏名: _____ 女 生年月日: T・S・H 年 月 日(才)

その他情報(家族・キーパーソン・ADL・保険等)

【健保】 社保・国保・後期・生保・その他 【介保】 支援1・2 : 介護1・2・3・4・5 : 未・他

【相談内容】

熱中症疑い

脱水症疑い

発熱

食思不振

点滴加療希望

その他

(_____)

【意識レベル】

JCS(_____)

清明

やや反応低下

傾眠傾向

意識障害あり

その他

(_____)

【症状】

倦怠感

嘔気・嘔吐

下痢

脱力

その他

(_____)

【バイタル】

体温 _____ °C

血圧 _____ / _____

脈拍 _____ 回/分

SpO2 _____ %

その他

(_____)

以下の症状の場合は高次医療機関へご相談ください

①SpO2<90% ②収縮期血圧<90mmHg ③意識障害(JCSⅢ桁)④明らかな重症

【既往歴・処方・注意事項等】

※お薬手帳または処方箋等のコピーがあれば添付してください。
※感染症・悪性腫瘍等の既往歴があればお知らせください。

当院使用欄

判定: 受入可・受入不可 当番医:

病棟:

来院予定時間 _____

搬送方法 _____

ADL _____

KP/同行者 _____

特記事項:

地域連携室直通FAX

FAX 046-865-5688



医療法人 徳洲会

湘南病院 SHONAN HOSPITAL

