

転院搬送(診療支援)に関する説明と同意の書兼問診票

- 転院搬送(診療支援) _____ 病院(医療センター)から〔長野県立こども病院・信州大学医学部附属病院〕に〔ドクターヘリ/ドクターカー〕で転院搬送します。患者様の安全を確保しながら診療にあたりますが、診療制限や交通・天候不順等により状態が悪化する可能性があります。

※ 患者様が非常に重症の場合は、救命出来ない場合があります

※ 診療及び移送に要する費用は、関わった医療機関から健康保険の適応内で各々請求されます

※ 搬送先病院が長野県立こども病院以外の場合、健康保険証の情報を搬送元または搬送先病院から取得させていただきます

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県立こども病院 小児集中治療科 担当医師 _____

- 予防接種 接種済の場合は○で囲って下さい。

BCG・三種混合(DPT)・四種混合(DPT-IPV)・MR(麻疹・風疹混合)・水痘

- 感染症 1か月以内に接触された場合は○で囲って下さい。

麻疹・風疹・水痘・帯状疱疹・結核・流行性耳下腺炎

- アレルギー 食物や薬剤でアレルギーがある場合は、種類と症状を記載して下さい。

種類()・症状()

- 最終飲食 最後に飲水または食事をされた時間と内容を記載して下さい。

飲水 時・内容()・食事 時・内容()

地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県立こども病院長 殿

国立大学法人 信州大学医学部附属病院長 殿

転院搬送(診療支援)について説明内容を理解し、問診票も記入しました。

転院搬送(診療支援)の実施に同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

保護者・代理人氏名 _____ 続柄 _____

緊急連絡先電話番号 _____ - _____ - _____