

転院申し送り表

様 年 月 日

| 項目 | 情報 |
|------------------------------------|------------------------------|
| ベット (離床センサー必要有無) | 有 無 |
| マットレスの種類 (ネクサス・インフィニティの場合体重設定も) | _____ (K g) |
| 点滴 (輸液ポンプ・シリンジポンプ使用の有無) | 末梢・C V・ポート・皮下・PICC (部位) |
| 麻薬 () | ポンプ返却有の場合の方法 |
| 酸素 | 気切・酸素マスク・鼻カテ (L) |
| ドレーン・バルーンカテーテル等 | 有 無 (_____) |
| 吸引・モニター装着 | 吸引 (有 無) _____ |
| その他 (ポータブルトイレ・尿器使用等) | |
| 備考 | |