

転院申し送り表

紹介元 _____.

_____様

_____年 月 日現在

| 項目 | 情報 | 備考 |
|------------------------|---|----|
| ベッドセンサー | なし・あり（種類： _____ ） | |
| マットレスの種類 | エアマット（種類： _____ ）設定体重（ _____ Kg） ウレタンマット（種類： _____ ） | |
| 点滴 | 挿入場所：末梢・PICC・CVポート・皮下・その他（ _____ ） 転院時対応：抜針・ロック・継続・他（ _____ ） | |
| 点滴内容 | | |
| 麻薬 残薬のみ持参して ください | 内服：薬品名（ _____ ） 注射：薬品名（ _____ ） 組成（ _____ ） ポンプの種類（ _____ ） ポンプの返却方法（ _____ ） | |
| 酸素 | なし・あり：マスク・鼻カテ・気切・他（ _____ ） 酸素流量（ _____ l/min） | |
| モニター類 | なし・あり：ECG・血圧・SPO2・他（ _____ ） | |
| 吸引 | なし・あり | |
| 留置物 | ドレーン・尿道カテーテル・他（ _____ ） | |
| その他の物品 | 尿器・ポータブルトイレ・他（ _____ ） | |

* 転院前日までに送付してください。看護サマリも一緒に送付願います。