門司メディカルセンター救急委員会（2026年8月）

救急搬送患者情報（施設用）

ＩＤ		性別	男　・　女
患者氏名		仮名	
生年月日		年齢	歳
キーパーソン	①氏名：　　連絡先 ：　　続柄：		
	②氏名：　　連絡先 ：　　続柄：		
添　書（診療情報提供書等）			□有　・　□無
施設名		付添者氏名	
介護度	□要支援／□要介護 ：　□1　□2　□3　□4　□5		
既往歴・現病歴			
薬歴情報	□お薬手帳持参（□コピー済）		
アレルギー	□アレルギーや副作用の問診表に記入		
ＡＤＬ	**・移動　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立** → 補助具 ：□杖　□歩行器　□車椅子　□ストレッチャー		
	・移乗　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立		
	・食事　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立 → 食事の体勢 ：□ギャッジアップ　□車椅子　□端坐位		
	・排泄　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立 → 排泄方法 ：□ポータブルトイレ　□尿便器　□紙パンツ　□オムツ		
	・入浴　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立 → 入浴方法 ：□特浴　□シャワーチェア　□未実施		
	・更衣　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立		
	・整容　□全介助　□一部介助　□見守り　□自立		
	その他		
食事形態	・主　食：□米飯　□軟飯　□粥（全粥 ・ 5分 ・ 3分 ・ 重湯）		
	・副　食：□形　□軟菜　□一口キザミ　□キザミ　□ソフト　□ミキサー		
	・とろみ：□とろみ　□汁のみとろみ		
	その他		

医師確認 → スキャン（平日：入院→患サポ，外来→スキャンセンター ／ 夜間休日：防災センター）