

付録 2-1 新生児搬送記録シートの記入方法

トリアージ区分 I・II・III・IV				主治医	
				主治看	
ID	性別	血型	主要診断名		
ふりがな	男 ・ 女	Rh	呼吸器設定条件(肺管チューブ Fr / 口元 cm(固定))		
氏名	住所				
バイタルサイン			時	分	測定
体温	度	血圧	/		mmHg
心拍	回/分	酸素投与	経鼻・口元マスク		
呼吸	回/分	FiO2	%	Flow	L/min
SpO2	%	器内酸素	%	加温	%
緊急連絡先①()	続柄	栄養(胃管チューブ Fr / 口元・鼻腔)	cm(固定)		
緊急連絡先②()	続柄	母乳・人工乳(普通・特殊)			
生年月日	出生週数	週	日		
修正週数	出生体重	g			
母氏名	父氏名	経口・注入(最終採取)	時	分	回
特記事項(薬剤等)					
搬送医師 印			搬送看護師 印		
最終トリアージ実施 月 日 時 分 I・II・III・IV 印					
ID	主治医	主治看	病棟搬出時刻	月	日
名前(ふりがな)	搬送場所到着時刻				
緊急連絡先①()	続柄	時	分	時	分
緊急連絡先②()	続柄	時	分	時	分
転院・退院時刻 転院先名称					
月 日 時 分 印					

避難が必要となった際に、記入する。
避難時、もしくは避難先にて可能な範囲で記入する。

転院時に、点線より切り取り患者情報(上方)を
転院先に、下方は持ち帰り保管する。

トリアージの区分は記入しない。
避難が必要となった時に、記入する。

赤枠内のみ記入する
患児の氏名は、名字のみ記入。
○○様
名前は、出生届提出後に記入する。

※転院時、点線より切り取り患者情報(上方)を記入し転院先に渡す。

付録 2-2 新生児搬送記録シート

トリアージ区分				I ・ II ・ III ・ IV				主治医		
								主治看		
ID		性別	血型	主要診断名						
ふりがな 氏名		男 ・ 女	Rh	呼吸器設定条件(挿管チューブ Fr / 口元 cm固定)						
住所				バイタルサイン						
				体温		度	血圧	時 分 測定 / mmHg		
				心拍	回/分	酸 素 投 与	経鼻 ・ 口元マスク			
緊急連絡先 ①(- -)				呼吸	回/分		FiO2 % Flow L/min			
緊急連絡先 ②(- -)				SpO2	%	器内酸素	%加湿 %			
生年月日		出生週数 週 日		栄養(胃管チューブ Fr/ 口元・鼻腔 cm固定)						
修正週数		出生体重 g		母乳 ・ 人工乳 (普通・特殊:)						
母氏名		父氏名		経口 ・ 注入 (最終摂取 時)				ml × 回		
特記事項 (薬剤等)										
搬送医師 印 搬送看護師 印										
----- ✂ -----										
最終トリアージ実施 月 日 時 分				I ・ II ・ III ・ IV 印						
ID		主治医	主治看	病棟搬出時刻				印		
名前(ふりがな)				避難場所到着時刻				印		
緊急連絡先 ①(- -)		続柄		転院・退院時刻				印		
緊急連絡先 ②(- -)		続柄		転院先名称						

※転院時、点線より切り取り患者情報(上方)を記入し転院先に渡す。