



小児患者搬送 情報共有シート

北海道小児救急・集中治療研究会作成（初版2025年）

依頼日 年 月 日 依頼時刻 :

依頼元施設
依頼元医師
連絡先

依頼先施設
依頼先医師
連絡先

患者氏名 _____ (男・女) 体重: kg 身長: cm

年齢: 歳 ヶ月 生年月日: 年 月 日 (血液型)

主病態 (呼吸障害・循環障害・神経障害・外傷・その他)

【デバイス等】

診断名

経過・既往

気管チューブ
(ID mm, カフ+・-, 固定 cm)

(管理想定: モニタリング、人工呼吸、ECMO、透析、その他の全身管理)

【バイタルサイン】

酸素 L/分

SpO₂

呼吸数

呼吸器
モード

心拍数

FIO₂

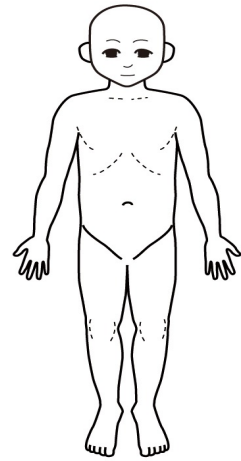
血圧

PIP/PEEP

体温

換気回数

意識 (GCS)



点滴ライン

【検査】

pH WBC
CO₂ Hb
pO₂ Plt
HCO₃ APTT
BE PT-INR
Lac Fib

AST/ALT
LDH/CK
BUN/Cr
Na/K
CRP

【治療】

輸液
血管作動薬
鎮静
抗生剤

☐ アレルギー () ☐ 感染症 ()

☐ 家族の搬送同乗 () 家族連絡先 ()

☐ 搬送方法 (救急車・Drヘリ・防災ヘリ・MW)

依頼元スタッフ・お迎え搬送 (メンバー:)

☐ 入院病棟 ☐ 出発予定時間 : ☐ 到着予定時間 :