

★依頼にあたっての運用方法★

【目的】

施設からの受診・入院に必要な情報の記録を行い、円滑な調整を図る。

【調整依頼の前に】

《受診が必要か相談したい》

↓
かかりつけ医又は囑託医へ相談

《受診・入院調整が必要と判断した場合》

↓
入院調整班担当へ
調整方法は下記【手順】参照

【手順】

①基本情報シートを記入し、入院調整班へFAX送信(098-861-2888)

→**緊急性があり、基本情報シートへ記入が難しければ、第一報欄までの記入し送信可。**

※その場合、20分以内に第二報欄まで記入しFAXを再送信すること。
その他施設での基本情報やADLの詳細、薬事情報等、
患者さんの情報が分かるものを合わせてFAXする。

②FAX送信後、098-866-2204(入院調整班直通)へ必ず電話連絡を行う。

③必要に応じて追加の情報をFAX又は口頭で確認する。

【その他記入要領】

○基本情報シートをすべて埋められない場合は、
緊急性の有無を判断する為に、第一報欄までを必ず記入してFAXする。

○**意識レベルはJCS/GCSで記入。**できない場合は、具体的に記入する。
→ 例)声掛けに反応なしなど

○搬送先の選定には、**第二報欄までの情報が必須となるため、シートへの記入、又は代わりに分かるものを必ずFAXする。**

【施設用】基本情報記入シート

仮No.	
HER-SYS ID	

第一報で記入

作成日時	○月△日(金)	依頼内容	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
記入者	施設名: ○○の里	担当者:	連絡先:

※すべて記入できない場合は第一報枠内を記入してFAX！！

フリガナ	オキナワ タロウ		年齢	75	性別	男性
氏名	沖縄 太郎					
生年月日	1947年8月26日	住所	那覇市○○3-40-2			
連絡先	〒: 090-○○△△-○○△△ 続柄・名前: 次女・那覇ハナコ		ケアマネ	有・無		
	施設名: ○○の里		担当者: ○○		施設で基礎疾患不明、 蘇生希望など情報不明 な場合でケアマネ等いる 場合に記入	

発症日	検査日	検査方法	検査機関	陽性確定日
		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	発生届 (申請未・申請済)	
月 日 療養	時の症状 日目	体温 °C(解熱剤内服 時) 呼吸 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> R苦 SPO2(% →酸素使用	心拍 血圧	申請中の場合は、 下の発症までの経過に詳細記 入する。
意識レベル:	その他:	食事 5割/日	水分 ml/日	排尿 最終:
蘇生措置確認	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 希望 →どこまで?(心マ・挿管・人工呼吸器・点滴・酸素・苦痛を取り除く治療) ↓確認日 2022年6月 同意者:次女・那覇ハナコ			

※第一報送信後20分以内に残り第二報記入、施設の基本情報シート等を含めてFAX！！

第二報で記入

基礎疾患 (喫煙 有・無)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病→(内服・注射) <input type="checkbox"/> 肥満 BMI: (身長 cm 体重 kg) <input type="checkbox"/> その他:	
かかりつけ/入院歴		
ワクチン最終接種	回目 年 月	アレルギー:
移動方法	<input type="checkbox"/> 県車() <input type="checkbox"/> 施設車・病院車 <input type="checkbox"/> その他	
ADL	<input type="checkbox"/> 歩行可(杖・歩行器・伝い歩き) <input type="checkbox"/> 車イス 種類:リクライニング・標準(乗り降り介助 要・不要) <input type="checkbox"/> 寝たきり	
介護状況	・介護度() ・挿入物(<input type="checkbox"/> 胃瘻:有/無 <input type="checkbox"/> 経管:有/無 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル:有/無) ・食事(種類) ・排泄() ・コミュニケーション()	
施設状況	・吸引対応:(<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 対応不可) ・酸素対応:(<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 対応不可) ・看護師配置(<input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 不在) → 夜間看護師への電話相談(<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能) ・訪問看護(有: 無) ・訪問診療(有: 無)	

調整目的	<input type="checkbox"/> 低酸素 <input type="checkbox"/> 吸痰不可 <input type="checkbox"/> 2日以上の食事摂取不良 <input type="checkbox"/> マンパワー不足 <input type="checkbox"/> その他()	
日時	記入者	発症時からの経過
	発生届の依頼先がわかれば、 具体的に記入。	○月○日に発熱で発症。解熱剤使用するも発熱持続、発熱5日目。SPO2低下あり、○/○より酸素○/L 使用してSPO297%維持できていたが本日SPO280台になり吸引しても改善せず、入院依頼。 ※○/△施設内で抗原キットで陽性、○/○発生届はかかりつけに依頼中。

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部(2022/08/24ver.)

送信先 → FAX: 098-861-2888

※FAX送信後必ず一報入れてくださいー098-866-2204