

お電話にて下記の内容を確認いたします。

施設名	
連絡先電話番号	[担当者]
ふりがな 患者名	
受診歴	なし・あり（診察券番号）
既往歴	・高血圧 あり・なし ・脳疾患 あり（ ） ・心疾患 あり（ ） ・糖尿病 あり・なし ・なし ・なし
バイタルサイン	〔体温〕 °C〔脈拍〕 回〔呼吸数〕 回〔SPO2〕 %
来院までの時間	分
付き添い者	なし・あり（施設職員・家族）
家族来院	なし・あり（ ）

症状について、分かる範囲でお知らせください

<発熱時>	<転倒時 *頭部打撲あり>
いつから？（ ）	転倒時間（ ）
薬剤使用 あり・なし	切創 あり・なし
咳 あり・なし	出血 あり・なし
痰 あり・なし	止血 あり・なし
肺雑音 あり・なし	上下肢のしびれ あり・なし
食事摂取の状況（ ）	意識消失 あり・なし
<転倒時 *頭部打撲なし>	嘔気 あり・なし
転倒時間（ ）	嘔吐 あり・なし
切創 あり・なし	転倒後の食事摂取状況（ ）
出血 あり・なし	<その他>
上下肢のしびれ あり・なし	疼痛部位（ ）
疼痛部位（ ）	疼痛発生時間（ ）
変形 あり・なし	薬剤使用 あり・なし
	浮腫 あり・なし
	浮腫発生の時間（時期）（ ）