

転院搬送依頼書

瀬戸内市消防本部 消防長 殿

記載日： 年 月 日

要請元医療機関	医療機関名：		
	依頼医師名：	緊急 連絡先	- -
転院搬送の理由 ※原則として①～③ のすべての要件を満 たすことが必要	<input type="checkbox"/> ①病状が重篤・不安定で緊急に処置が必要 <input type="checkbox"/> ②高度・専門医療等が必要で要請元医療機関で治療が困難 <input type="checkbox"/> ③救急車以外の搬送手段がない <input type="checkbox"/> その他 ()		
同乗者 ※医師又は看護師が 同乗できない理由の 説明・同意	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		
	※医師又は看護師が同乗できない理由 ()		
	※医師又は看護師が同乗できないことを患者及び家族に説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	※医師又は看護師が同乗できないことを搬送先医療機関に説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
搬送先医療機関名	(連絡先 - -)		
診療科及び 受入れ医師名	<input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> その他 (科)		
	<input type="checkbox"/> 確定 (医師) <input type="checkbox"/> 未定		
病院搬送後の 引揚げ時の送り	要 ・ 否		

傷病者情報

フリガナ			生年月日		
氏名	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)		年 月 日生		
住所					
病名又は症状					
救急車内で必要 な医療処置	<input type="checkbox"/> 輸液 (輸液ポンプ <input type="checkbox"/> あり 台 <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (L/分) <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし				
バイタルサイン ※院内最終	意識：JCS ()		体温：	℃	
	血圧：	/	mmHg	脈拍：	回/分
	呼吸：		回/分	SpO2：	%

※該当する項目をチェックして、必要事項を記入の上、通信指令室にFAX送信し、救急車到着後、依頼書原本を手交してください。

※病院搬送後の引揚げ時の送りについて、転院搬送元医療機関に帰院中に救急隊が他事案を覚知した場合、同乗者の途中下車か現場までの同乗を条件とさせていただきます。