

転院搬送依頼書 記入例

瀬戸内市消防本部 消防長 殿

記載日：令和6年11月1日

要請元医療機関	医療機関名： 瀬戸内〇〇医院		
	依頼医師名： △△医師	緊急 連絡先	0869-〇〇-〇〇〇〇
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 checked="" type="checkbox"/> ①病状が重篤・不安定で緊急に処置が必要 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 ( 院内人員不足のため。 )		
	※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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
搬送先医療機関名	岡山〇〇病院 (連絡先 086-〇〇〇-〇〇〇〇 )		
診療科及び 受入れ医師名	<input type="checkbox"/> 救急科 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 内科 ) <input checked="" 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 否		

原則として、①～③  
全ての要件を満たす  
ものが転院搬送の対  
象となります。

医師、看護師の同乗  
ができない場合は、  
患者及び家族にその  
旨説明をお願いします。

病院搬送後の医師、  
看護師の送りについ  
て記載してください  
(ただし、最下段の  
※印に注意してくだ  
さい)。

傷病者情報		
フリガナ	セトウチ タロウ	生年月日
氏名	瀬戸内 太郎 ( <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	昭和18年11月1日生 年齢 80 歳
住所	瀬戸内市〇〇町〇〇1234	
病名又は症状	心筋梗塞	
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 checked="" type="checkbox"/> 酸素吸入 ( 10 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 ( 0 ) 体温： 36.0 °C 血圧： 100 / 80 mmHg 脈拍： 100 回/分 呼吸： 30 回/分 SpO2： 98 %	

※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。