

転院搬送依頼書

年 月 日

白浜町消防本部 消防長 様

医療機関名 _____

下記のとおり転院搬送の要請基準を確認し、当医療機関の管理と責任の下、転院搬送を依頼します。

○転院搬送依頼情報欄（要請元医療機関において記入してください。）

要請基準 の確認 <small>（右のいずれかに 該当する必要があります）</small>	<input type="checkbox"/> 救急車内の資器材が必要	具体的な転院理由
	<input type="checkbox"/> 専門治療が必要で救急車以外の搬送手段がない	<input type="checkbox"/> 高次医療機関への搬送
	<input type="checkbox"/> 長時間にわたる搬送で傷病者の病態に影響が出る	<input type="checkbox"/> 緊急手術が必要
		<input type="checkbox"/> 緊急の専門処置が必要
		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

○転院搬送情報欄（下記の情報を救急隊に引き継いでください。）

【転院先医療機関情報】	
転院先医療機関名〔 _____ 〕	
医師氏名〔 _____ 〕	担当科〔 _____ 〕
【傷病者情報】	
傷病者氏名〔 _____ 〕	性別〔 _____ 〕
傷病者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	（ _____ 歳）
傷病者住所〔 _____ 〕	電話番号〔 _____ 〕
転院元医療機関診断名〔 _____ 〕	主な既往症〔 _____ 〕
【医療機関測定バイタルサイン】 （ _____ 時 _____ 分）	
意識：JCS I II III-（ _____ ）	血圧： _____ / _____ mmHg
呼吸数： _____ 回/分（呼吸困難有・無）	E C G： _____
SPO2： _____ %（O2 _____ ℓ投与）	体温： _____ °C
脈拍数： _____ 回/分（整・不整）	その他：（ _____ ）
【現在実施中の処置・引継内容等】	
〔 _____ 〕	
【転院元医療機関情報】	
同乗者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
署名欄 （医師、看護師、准看護師又は救急救命士が同乗できない場合は、内容を確認（☑）の上、署名をお願いします。）	
<input type="checkbox"/> 同乗による病状管理の必要がないと認め、搬送に関し必要な措置を講じています。	
<input type="checkbox"/> 同乗しない旨の説明を傷病者とその家族、搬送先医療機関の担当医に行っています。	
転院元担当医師： _____	
緊急連絡先： _____	