

平成 年 月 日

(宛先) 徳島中央広域連合消防本部 消防長

医療機関名

代表者氏名

転院搬送依頼書

緊急性 ・ 必要性	<input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。(以下の要件に該当しているかご確認ください) <input type="checkbox"/> 緊急に他の医療機関に搬送する必要がある。 <input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関への搬送を行う必要がある。		
転院理由	※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容を記入してください。 ※かかりつけ医への転院、家族希望、検査目的等は救急業務として転院搬送理由には該当しません。		
疑われる疾患 ・ 処置状況			
担当医師	※原則として、搬送中の傷病者の管理を当該医療機関の管理と責任において実施する必要があります。 担当医師氏名： 救急車同乗医師等氏名：		
搬送先 医療機関	(名称)	担当科	
	(住所) TEL	連絡医師名	

傷病者情報			
傷病者氏名	ふりがな	様	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)
傷病者住所			緊急連絡先
バイタルサイン等	時間	測定	救急車内で必要な処置
意識	JCS	搬送体位	
呼吸	回/分	O ₂ 投与 <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	リザーバーマスク % / 分 <input type="checkbox"/> その他 ()
SpO ₂	%		
脈拍	回/分	その他 (救急隊への指示・注意点)	
血圧	/		
瞳孔	右 mm 左 mm		
対光反射	右 (+・-) 左 (+・-)		
体温	℃		
※署名欄 (医師または看護師が同乗できない場合は、内容確認の上、署名をお願いします。)			
<ul style="list-style-type: none"> ● 上記理由による転院搬送について、救急車に同乗することができませんが、搬送救急隊に車内での必要な処置の指示を記載しています。 ● 傷病者の容態等について、搬送先医療機関の担当医師に十分説明しています。 			
担当医師： _____			
緊急連絡先： _____			