

転院搬送依頼書

島原地域広域市町村圏組合 消防長 様

要請元医療機関名 _____

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。

①緊急性・必要性 <input type="checkbox"/> にチェック (※次の項目に該当する場合があります)	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である <input type="checkbox"/> 高度・専門医療が必要なため当医療機関では治療困難である <input type="checkbox"/> 消防機関の救急車以外に適切な搬送手段がない	
②要請元担当医師	担当診療科：	担当医師：
③搬送先医療機関	名称：	電話：
	担当診療科：	担当医師：
④同乗者 (※原則として医師または看護師の同乗が必要です)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 氏名：	<input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> その他 () 氏名：
⑤医師等の同乗がない場合	理由： <input type="checkbox"/> 家族に説明済 <input type="checkbox"/> 搬送先医療機関に説明済	

傷病者情報	ふりがな 氏名	性別 (男・女)
	生年月日 年 月 日 (年齢 歳)	電話
	住所	職業
	診断名	
	既往症	
バイタルサイン (測定時間： 時 分) ※可能な限り記入してください		救急車内で継続又は必要な処置
呼吸	回/分	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> その他 ()
S p O ₂	%	
脈拍	回/分	
血圧	/ mmHg	
意識	(JCS・GCS)	
瞳孔	右 mm(+・-) / 左 mm(+・-)	感染症 有 () 無・不明
麻痺	無・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢	
体温	℃	
備考		