記　入　例

	記入式
	選択式

転　院　搬　送　依　頼　書

鹿沼市消防長　様

平成 28 年 8 月 20 日

依頼医療機関名　〇〇病院

依頼日と医療機関名を記入してください。

「転院搬送の要件」の確認	※□にチェック(2ヶ所)をお願いします。(以下の要件に該当しているか確認ください) ■ 当医療機関において治療困難。 ■ 緊急に他の医療機関に搬送する必要があり、他の搬送する手段がないため
転院搬送の理由	※救急車による転院搬送の理由をチェックし、その他の場合は理由を記載してください。 ※ベッド満床、かかりつけ医への転院、家族希望等は救急業務としての転院搬送理由に該当しません。 □ 緊急処置　□ 専門的治療 □ 患者急変　□ その他（　　）
傷病者情報	住　所：栃木県鹿沼市上殿町520－1 氏　名（フリガナ）：消防（ショウボウ）　太郎（タロウ）（男・女） 生年月日：昭和 20 年 5 月 10 日（ 71 歳）
傷病名(疑い)	心筋梗塞の疑い

両方の要件を満たすことを確認し、2ケ所に手書きでチェックを必ずお願いします。

※印を確認後、転院搬送の理由にチェックをお願いします。

傷病者の情報の記入をお願いします。性別に□をしてください。

傷病名(疑い)の記入をお願いします。

《バイタルサイン》 9 時 54 分 測定		救急車内で必要な処置資器材等
意　識	JCS 清明 ― 3	酸素投与 ： 2 ℓ
呼　吸	22 回/分	マスク ： 鼻カニューレ
SPO2	ルーム 97 %（ 2 ℓ酸素投与 100 %）	心電図モニター・SPO2測定
脈　拍	85 回/分	
血　圧	140 / 90 mmHg	
体　温	36.5 ℃	

測定時間及びバイタルサインの記入をお願いします。救急車内で必要な処置等があれば記入をお願いします。

処置情報	右腕に点滴実施(20F)

記入できる範囲でいいのでお願いします。

転院搬送元医療機関・担当医師情報	担当医師名 ： 消防　次郎　　看護師 ― 名 同乗医師氏名 ：　　関係者 ― 名 ※原則として搬送中の傷病者管理を当該医療機関が管理と責任を実施する必要があります。 ☑ 医師・看護師が同乗できない場合、患者・家族等に説明し、了承を得た。
転院搬送先医療機関・担当医師情報	医療機関名 ： 〇〇大学病院 担当科：心肺内科　担当医師名 ： 上殿　健三郎

担当医師名・同乗医師名及び看護師・関係者の同乗人数の記入をお願いします。同乗できない場合は、下記を読みチェックをお願いします。

搬送先の医療機関、担当科、医師名を記入ください。