

# 転院搬送依頼書

鹿沼市消防長 様

令和 年 月 日

依頼医療機関名

「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)	
	<input type="checkbox"/> 当医療機関において治療困難。	
	<input type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> 緊急処置	<input type="checkbox"/> 専門的治療
	<input type="checkbox"/> 患者急変	<input type="checkbox"/> その他 ( )
傷病者情報	住 所： フリガナ氏名： ( 男 ・ 女 ) 生年月日： 年 月 日 ( 歳 )	
傷病名(疑い)		
《バイタルサイン》	時 分 測定	救急車内で必要な処置資器材等
意識	JCS —	酸素投与 : 2 マスク :
呼吸	回/分	
SPO2	ルーム % ( 2酸素投与 % )	
脈拍	回/分	
血圧	/ mmHg	
体温	℃	
処置内容等		
転院搬送元医療機関 ・担当医師情報	担当医師名 : 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要請元医療機関が管理と責任を実施する必要があります。 <input type="checkbox"/> 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 : 担当科 : 担当医師名 :	