様式第２号（第３５条関係）

転院搬送依頼書

年　　月　　日

多野藤岡広域市町村圏振興整備組合　消防長　様

医療機関名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 転院要件 | ※すべてにチェックが必要。※ベッド満床や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に該当しません。　**□　緊急に高度医療・専門医療等が必要****□　他に適当な搬送手段がない** |
|  |
| ２ | 搬送元情報 | ※搬送元医療機関の管理と責任の下で搬送を行うため、原則として医師等の同乗が必要です。 |
|  | 担当医師名 |  |
| 医師等の同乗 | 　□有（氏名　　　　　　　　　　　　（医師・看護師・准看護師）） |
| 　□無（最下段の署名欄へ署名してください） |
| ３ | 搬送先情報 | （医療機関名） | （担当科） |
|  |
| （ＴＥＬ） | （担当医師名） |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病者情報等 |  |
| フリガナ傷病者氏名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日（　　歳） |
| 傷病者住所 |  | 緊急連絡先 |  |
| 傷病名 |  | 処置状況 |  |
| 救急車に積載する医療機器 |  | 医療機器の電力容量 |  |
| ※以下、医師等が消防救急車に同乗できない場合のみ記載をお願いします。 |
| 【バイタルサイン】　　　　　　時　　　　分 | その他（救急車内で必要な処置・注意点等） |
| ◆意識：JCS　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　- )◆呼吸：　　　回／分◆SpO２：　　　％◆脈拍：　　　回／分◆血圧：　　　／　　　　㎜Hg◆瞳孔：　R　　　　㎜　 L　　　㎜◆対光反射：R（＋　-）　L（＋　-）◆体温：　　　　　℃◆既往歴：◆最終食事：◆アレルギー：◆その他： |  |
| ※署名欄（医師等が同乗できない場合は、内容確認のうえ、署名をお願いします。）・上記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、患者･家族等に対して同乗できない旨を説明し、了承を得ております。・傷病者の容体等について、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： |