

## 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。 <input type="checkbox"/> <b>緊急に高度医療・専門医療等が必要</b> <input type="checkbox"/> <b>他に適当な搬送手段がない</b>									
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。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">担当医師名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">医師等の同乗</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 有（氏名 _____ (医師・看護師・准看護師)）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 無（最下段の署名欄へ署名してください）</td> </tr> </table>		担当医師名			医師等の同乗	<input type="checkbox"/> 有（氏名 _____ (医師・看護師・准看護師)）		<input type="checkbox"/> 無（最下段の署名欄へ署名してください）	
担当医師名											
医師等の同乗	<input type="checkbox"/> 有（氏名 _____ (医師・看護師・准看護師)）										
	<input type="checkbox"/> 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 ◆SpO <sub>2</sub> ： % ◆脈拍： 回/分 ◆血圧： / mm Hg ◆瞳孔： R mm L mm ◆対光反射： R (+ -) L (+ -) ◆体温： °C ◆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：