

(別紙)

転院搬送依頼書

年 月 日

館林地区消防組合 消防長 様

(指令課FAX 0276-72-3318)

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"/> 緊急に高度医療・専門医療等が必要 <input type="checkbox"/> 他に適当な搬送手段がない	
2	搬送元情報	担当医師名	
		医師等の同乗	<input type="checkbox"/> 有(氏名: _____ (医師・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 ₂ : % ◆脈拍: 回/分 ◆血圧: / mmHg ◆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(医師または看護師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: