

転院搬送依頼書

年 月 日

大津市消防局長 様

転院元医療機関名

担当医師名

連絡先

下記のとおり、転院搬送の要請基準を確認し、当医療機関の管理と責任の下、転院搬送を依頼します。

要請時確認事項	
要請基準の確認 (原則としてすべての要件を満たす必要があります。 □に✓チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要な患者であること。 <input type="checkbox"/> 転院元医療機関での治療が困難な患者であること。 <input type="checkbox"/> 他の搬送手段が活用できないこと。
具体的な転院理由	
<input type="checkbox"/> ※傷病者の迅速な受け入れのために、転院搬送を前提として一旦、傷病者の受け入れを行った場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。	
転院先医療機関情報	医療機関名
	担当医師名 連絡先
同乗者情報	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師(助産師) <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> やむを得ず同乗できない旨を患者・家族・搬送先医療機関へ説明し、了承済み。

傷病者情報					
(フリガナ) 氏名	()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	T・S・H・R・西暦(年) 月 日生(歳)
住所				連絡先	
主な既往症			転院元医療機関 診断名		
医療機関での観察結果・バイタルサイン等					
意識		呼吸数	回/分	SpO ₂	% (O ₂ 投与)
脈拍	回/分(整・不整)	心拍	回/分(心電図所見:)		
血圧	/ mmHg	体温	. °C	その他	
主訴・症状等					
搬送中に 必要な処置等	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
その他 引き継ぎ事項					

※転院搬送時は、本依頼書を作成し、到着した救急隊へ渡してください。
(緊急性が高い場合等により、本依頼書を作成する暇がない場合は、直接救急隊へ内容を伝えてください。)