転院搬送依頼書

様式１号（第２０条関係）

　　年　　月　　日

入間東部地区事務組合

消防本部消防長　　様

医療機関名

要請者氏名

電話番号

下記のとおり、転院搬送を要請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 転院搬送の要件  **※□**内をチェック | **□**緊急に他の医療機関に搬送する必要がある  **□**　高度・専門医療等が必要 |
| 転院搬送理由 | **※救急車による転院搬送が必要な具体的な内容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には該当しません。** |
| 要請元担当医師 | 担当科名：　　　　　　　　担当医師名： |
| 同乗者氏名 | １　医　　師：  ２　看護師等：  ３　付添い： |
| 搬送先医療機関 | 医療機関名：  住　　　所：  連　絡　先：  担当科名：  担当医師名： |

【傷病者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷病者名 | 氏名  　　　　　　　　　　　　　（男・女） | | 生年月日  　　　　　　　　（　　歳） |
| 住所 | | 連絡先 |
| 診断名 |  | | |
| バイタルサイン（　　　時　　分） | | その他必要な情報 | |
| 意　　識 | JCS　　　　－ |  | |
| 呼　　吸 | 回／分 |
| ＳｐＯ２ | ％ |
| 脈　　拍 | 回／分 |
| 血　　圧 | ／　　　　mmhg |
| 瞳　　孔 | Ｒ　　　mm・Ｌ　　　mm |
| 対光反射 | Ｒ（＋ －）・Ｌ（＋ －） |
| 体　　温 | ℃ |