

転院搬送依頼書

年 月 日

我孫子市消防長 あて

医療機関名 _____

担当医師名 _____

下記のとおり、担当医師が判断し転院搬送を依頼します。

転院搬送の要件 <small>※該当する口内を チェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> 右の要件を全てを満たしています <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療が困難 2. 緊急搬送が必要 3. 他に適当な搬送手段なし 	
	<input type="checkbox"/> 地域における救急医療体制確保のため	
	<input type="checkbox"/> 急性期治療を前提に受け入れたため	
同乗者 <small>※該当する口内を チェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> 医師	
	<input type="checkbox"/> 看護師等	
	医師、看護師等の同乗がない場合は、全ての確認をお願いします。	
		<input type="checkbox"/> ※ ₁ 傷病者・家族了承済み <input type="checkbox"/> ※ ₂ 転院搬送先医療機関了承済み <input type="checkbox"/> ※ ₃ 予測できる容態変化等に対し、最善の処置を施してある。また、急変時には、救急隊へ指示ができる体制を確保してある。
	<input type="checkbox"/> 付添い（家族等）【同乗がない場合の連絡先】TEL	
転院搬送先	医療機関名： 担当科名： 担当医師名：	
傷病者情報	フリガナ 氏名 住所	男・女 生年月日（ 歳） M. T. S. H. R 年 月 日生
診断名		
バイタルサイン	※測定時間 時 分	その他必要な情報（継続処置等）
意識 呼吸 SpO ₂ 脈拍 血圧 体温 瞳孔	JCS— 回/分 % (O ₂ l) 回/分 / mmHg °C R mm (+-) L mm (+-)	酸素 無・有 l/分 点滴 無・有 G その他 ※別紙可