

(別添1)

転院搬送依頼書

平成 年 月 日

富岡甘楽広域消防本部 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。 ☐ 緊急に高度医療・専門医療等が必要 ☐ 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	☐ 有(氏名： (医師・看護師)) ☐ 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	T・S・H 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：